



Universidade Nova de Lisboa  
Escola Nacional de Saúde Pública

*Tempos de espera cirúrgicos:  
situação em Portugal e determinantes*

Pedro de Andrade Pais Pinto dos Reis

Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

Orientadora Prof<sup>ª</sup>. Dr.<sup>ª</sup>. Ana Escoval

Lisboa, Junho 2014

## **Agradecimentos**

Ao longo deste percurso contei com a colaboração imprescindível de muitas pessoas a quem muito quero agradecer e das quais destaco:

A minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Escoval, pelo incentivo e pelos contributos metodológicos, bem como pela sua disponibilidade permanente que foi decisiva na realização deste trabalho;

À Dr.<sup>a</sup> Isabel Andrade, pelo enorme apoio recebido para a realização da Bibliografia;

A Marisa Cristino, pela boa vontade e apoio técnico dado na concretização das várias “rondas” do questionário;

A todos os peritos, pela disponibilidade manifestada para realização das quatro “rondas” do questionário e do Pré-teste;

Aos responsáveis pela **UCGIC** pela disponibilização da informação solicitada, constante da base de dados do **SIGLIC**, a qual acrescentou valor a este projecto;

Ao Arménio Neves e ao António Pedro Correia, amigos atentos, sempre disponíveis e interessados;

A todos, os familiares, amigos e colegas, que com a sua amizade, incentivo e compreensão pela ausência, me apoiaram;

À minha Irmã, companheira de percurso, pela amizade e cumplicidade em todos os momentos;

Ao meu Pai, Amigo e Companheiro pela sua total disponibilidade, ajuda e constante incentivo, sem os quais a realização deste projecto teria sido mais difícil;

À Sofia, à minha Mãe e ao Vasquinho (que aí vem), pelo companheirismo, paciência e incentivo nos momentos mais difíceis.

Esta dissertação está escrita de acordo com a antiga ortografia.

## **Resumo**

### **Objectivos**

Um dos problemas mais comuns nos sistemas de saúde e particularmente naqueles que têm uma estrutura predominantemente pública são os elevados Tempos Espera (**TE**) para cirurgia. Este projecto tem como principal objectivo identificar a importância relativa em Portugal das determinantes do **TE** cirúrgico.

### **Metodologia**

Para clarificar essa importância, aplicou-se um questionário desenvolvido pelo *Fraser Institute*, utilizado para a análise anual dos **TE** no Canadá, recorrendo a um painel de peritos e através da realização da técnica *Delphi*, procurou-se consensualizar quais as determinantes das Listas Espera (**LE**), mais importantes. Para ilustrar a diversidade de perspectivas, recorreu-se também à análise de trabalhos realizados por inúmeras organizações, onde pudemos observar e recolher distintas abordagens, políticas e técnicas da questão das **LE** em países com diferentes tipos de sistemas de saúde.

### **Resultados**

Os resultados obtidos revelam que os peritos consideraram a disponibilidade de tempo no Bloco Operatório (**BO**) e a de anestesiólogistas, como as determinantes com maior impacto no aumento das **LE**.

### **Conclusões**

Dos dados recebidos relativos ao Sistema Integrado Gestão Inscritos Cirurgia (**SIGIC**), bem como dos retirados de relatórios oficiais, concluímos que as **LE** cirúrgicas tiveram evolução positiva, nomeadamente na redução da mediana do **TE** da Lista Inscritos Cirurgia (**LIC**) (meses), no entanto, os objectivos dos Tempos Máximos Resposta Garantidos (**TMRG**) não estão a ser cumpridos. A análise das diferentes iniciativas e estratégias políticas para combater as **LE**, permitiu-nos sugerir caminhos a explorar, tendo como objectivo minorar o problema das **LE**: cuidados integrados, optimização da eficiência na utilização da capacidade instalada e maior aposta na cirurgia de ambatório.

**Palavras-Chave:** Cirurgia, acesso, lista de espera, tempos de espera, determinantes e **SIGIC**

## **Abstract**

### **Objectives**

High waiting times (**WT**) for access to elective surgery is one of the most common problems in health systems and particularly for those who have a predominantly public health insurance. The project's main objective was to identify the relative importance in Portugal of **WT** determinants in access for surgery.

### **Methodology**

To clarify this matter, we used a questionnaire developed by the Fraser Institute, which is applied for the annual analysis of **WT** in Canada, using a panel of experts and by conducting the Delphi technique, we attempted to achieve consensus which are the most important determinants of waiting lists (**WL**). To illustrate the diversity of perspectives, also resorted to analysis of work by numerous organizations, where we could observe and collect different approaches, policies and techniques to the question of **WL** especially in countries with different types of health systems.

### **Results**

The results reveal that the experts considered the availability of operating room (**OR**) time and anesthesiologists, as the determinants that strongly affect the lengths of their **WL**.

### **Conclusions**

Received data relating to Integrated Management System for the Surgery Waiting List (**SIGIC**), as well as taken from official reports, we conclude that the surgical **WL** had positive developments, including the decrease of median **WT** of the Entry List for Surgery (**LIC**) (months), however, the objectives of maximum waiting time guaranteed (**TMRG**) are not being succeed. The analysis of different policy initiatives and strategies to tackle **WL**, allowed us to suggest ways to explore such as: integrated health care, optimizing efficiency in capacity utilization and large increase of day surgery, to improve the **WL** problems.

**Keywords:** Surgery, access, waiting list, waiting times, determinants and **SIGIC**.

# Índice

1.	INTRODUÇÃO .....	1
2.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	5
2.1.	A questão dos tempos e das listas de espera .....	5
2.2.	Os tempos e as listas de espera no sistema de saúde Português .....	8
2.3.	A situação nos países da <b>OCDE</b> .....	35
3.	O DESENVOLVIMENTO DO PROJETO .....	41
3.1.	Objectivo do projecto .....	41
3.2.	Caracterização do projecto .....	43
4.	METODOLOGIA .....	44
4.1.	A investigação .....	44
4.2.	A colheita de dados .....	45
4.3.	O questionário .....	47
4.4.	O painel Delphi e seu desenvolvimento .....	49
4.5.	Exploração da técnica .....	51
5.	RESULTADOS .....	55
5.1.	Apresentação de Resultados .....	55
5.2.	Discussão de Resultados .....	58
6.	Síntese Final .....	63
7.	Bibliografia .....	66
8.	Anexos .....	74

## Índice de Quadros

<b>QUADRO 1 - TÉCNICA DELPHI – RESULTADOS GLOBAIS DA 4ª VOLTA.....</b>	<b>57</b>
--	-----------

## Índice de Gráficos

<b>GRÁFICO 1 - PERCENTAGEM CIRURGIAS POR PRIORIDADE, COM TE SUPERIOR TMRG, FACE TOTAL CIRURGIAS – 2009 – 2012</b>	<b>28</b>
<b>GRÁFICO 2 - PERCENTAGEM DE CIRURGIAS COM O TE SUPERIOR AO TMRG, FACE AO TOTAL DE CIRURGIAS, A DOENTES POR REGIÃO – 2009 - 2012</b>	<b>29</b>
<b>GRÁFICO 3 – RÁCIO DE DOENTES OPERADOS + EXPURGO FACE AO Nº DE DOENTES ENTRADOS EM LIC – 2006 - 2012</b>	<b>31</b>
<b>GRÁFICO 4 – EVOLUÇÃO DA LIC TP E DA MEDIANA TE DA LIC TP (MESES) – 2006 - 2012</b>	<b>32</b>
<b>GRÁFICO 5 – PERCENTAGEM DE CIRURGIAS A DOENTES ONCOLÓGICOS POR PRIORIDADE, COM O TE SUPERIOR AO TMRG, FACE AO TOTAL DE CIRURGIAS A DOENTES ONCOLÓGICOS – 2009 - 2012</b>	<b>33</b>
<b>GRÁFICO 6 – PERCENTAGEM INSCRITOS NM, COM TE SUPERIOR AO TMRG</b>	<b>33</b>
<b>GRÁFICO 7 – EVOLUÇÃO DA LIC NM E DA MEDIANA DO TE DA LIC NM - 2006 – 2012</b>	<b>34</b>
<b>GRÁFICO 8 – TÉCNICA DELPHI - RESULTADOS DA 1ª VOLTA</b>	<b>55</b>
<b>GRÁFICO 9 – TÉCNICA DELPHI - RESULTADOS DA 2ª VOLTA</b>	<b>56</b>
<b>GRÁFICO 10 – TÉCNICA DELPHI - RESULTADOS DA 3ª VOLTA</b>	<b>57</b>

## Índice de Figuras

<b>FIGURA 1</b> - DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO .....	4
<b>FIGURA 2</b> - PERCURSO DO DOENTE E TEMPOS DE ESPERA .....	7
<b>FIGURA 3</b> - EVOLUÇÃO PROGRAMAS COMBATE LISTAS ESPERA EM PORTUGAL .....	10
<b>FIGURA 4</b> - TEMPOS DE ESPERA CLINICAMENTE ACEITÁVEIS POR PATOLOGIA .....	12
<b>FIGURA 5</b> - IDENTIFICAÇÃO E COMPETÊNCIAS DOS INTERVENIENTES NO <b>PECLEC</b> ....	16
<b>FIGURA 6</b> – EXECUÇÃO GLOBAL DO <b>PECLEC</b> .....	16
<b>FIGURA 7</b> – OBSERVAÇÃO DA EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL .....	19
<b>FIGURA 8</b> – PROCESSO DE GESTÃO DO UTENTE INSCRITO NA <b>LIC</b> .....	22
<b>FIGURA 9</b> - REDE INTERFACES ENTRE SISTEMAS INFORMAÇÃO DOS HOSPITAIS E O <b>SIGIC</b> .....	23
<b>FIGURA 10</b> – REDE DE INTEGRAÇÃO DE DADOS .....	24
<b>FIGURA 11</b> – TEMPOS MÁXIMOS DE RESPOSTA GARANTIDOS ( <b>TMRG</b> ) .....	26
<b>FIGURA 12</b> - TEMPOS DE ESPERA NOS SISTEMAS DE SAÚDE EUROPEUS – 2013 .....	37
<b>FIGURA 13</b> – PAÍSES COM E SEM TEMPOS DE ESPERA .....	38
<b>FIGURA 14</b> – EVOLUÇÃO TEMPO ESPERA <b>OCDE</b> .....	39
<b>FIGURA 15</b> – ESTRATÉGIAS POLÍTICAS DE COMBATE ÀS LISTAS DE ESPERA CIRÚRGICA .....	40
<b>FIGURA 16</b> – CLASSIFICAÇÃO DAS TÉCNICAS DE PESQUISA EM CIÊNCIAS SOCIAIS ...	45
<b>FIGURA 17</b> – PROCESSO DA FORMAÇÃO DO CONSENSO NA TÉCNICA DELPHI .....	52
<b>FIGURA 18</b> – EVOLUÇÃO DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO ANUAL REFERENTE ÀS DETERMINANTES DAS LISTAS DE ESPERA DO FRASER INSTITUTE .....	59
<b>FIGURA 19</b> – CAMAS HOSPITALARES DE AGUDOS POR 1 000 HABITANTES (2010) E LISTAS DE ESPERA CIRÚRGICAS .....	61



## **Abreviaturas**

**ACSS** – Administração Central do Sistema de Saúde

**ARS** – Administração Regional de Saúde

**ARSLVT** - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

**ARSN** – Administração Regional de Saúde Norte

**BO** - Bloco Operatório

**CA** – Conselho da Administração

**CED** - Centros de Elevado Desempenho

**CNADCA** - Comissão Nacional Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

**CRES** - Conselho de Reflexão sobre a Saúde

**D.R.** - Diário da República

**DGS** – Direcção Geral de Saúde

**ENSP** - Escola Nacional de Saúde Pública

**GDH** – Grupo de Diagnóstico Homogéneo

**HOPE** - Standing Committee of the Hospitals for the European Union

**IGIF** - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

**INSALUD** - Instituto Nacional de la Salud

**LE** - Listas Espera

**LIC** – Lista de Inscritos para Cirurgia

**LVT** – Lisboa e Vale do Tejo

**MCDDT** – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

**MGIC** - Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia

**MRA** - Modalidade Remuneratória Alternativa

**MS** – Ministério da Saúde

**NM** - Neoplasias Malignas

**OCDE** – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

**OPSS** – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

**PECLEC** – Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

**PERLE** – Programa Específico de Recuperação de Lista de Espera

**PIO** - Programa de Intervenção em Oftalmologia

**PPA** – Programa para a Promoção do Acesso

**RCM** – Resolução do Conselho de Ministros

**RIS** – Rede Informática da Saúde

**SIGIC** – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

**SIGLIC** – Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**TC** – Tribunal de Contas

**TCA** – Tempo Clinicamente Aceitável

**TE** – Tempo de Espera

**TECA** - Tempos de Espera Clinicamente Aceitáveis

**TMRG** – Tempo Máximo de Resposta Garantida

**TP** - Total Patologias

**UCGIC** – Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia

**UHGIC** – Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia

**URGIC** – Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia

## 1. INTRODUÇÃO

A Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90, de 24 de Agosto) prevê na sua Base I, Princípio 1 que “o Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde”. Prevê também na Base XXIV, que o Serviço Nacional de Saúde (**SNS**) deve “garantir a equidade no acesso, de modo a atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados” (Plano Nacional de Saúde 2012-2016, no seu “eixo estratégico - equidade e acesso aos cuidados de saúde, Ministério da Saúde (**MS**), Janeiro 2012).

Acresce que tendo em conta, o indicado por Campos (2008:52) “(...) a nossa lei define de acordo com o preceito constitucional e obriga o Estado a promover e garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde (...)”. O mesmo também é indicado por Reis (1999:271), “Os cidadãos passaram a usufruir (constitucionalmente) do direito à Saúde (...)”. Ora do ponto de vista do mesmo autor, Reis (2004:129) “(...) se não houvesse intervenção do Estado no domínio da prestação em saúde, nem sempre estaria disponível toda a gama de cuidados apropriados à manutenção ou à recuperação da saúde dos cidadãos (...)”.

Para podermos abordar a equidade e o acesso, importa distinguir os conceitos na perspectiva da sua aplicabilidade aos cuidados de saúde.

Assim, considera-se equidade em saúde “(...) a ausência de diferenças sistemáticas, e potencialmente evitáveis, em um ou mais aspectos da saúde, entre grupos populacionais caracterizados social, geográfica ou demograficamente. Neste contexto, um aspecto fundamental é o acesso a cuidados de saúde de qualidade em função das necessidades clínicas dos cidadãos” (FURTADO, C. e PEREIRA, J., 2010:4). Tendo em conta o definido por Pereira (1993) este conceito envolve duas importantes dimensões: a equidade horizontal (tratamento igual para iguais) e a equidade vertical (tratamento desigual para situações distintas).

Contudo, de acordo com o Relatório do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2002:24), há que distinguir os conceitos de equidade e igualdade

que, “(...) são muitas vezes utilizados de forma equiparada, quando na realidade são bastante distintos (...)”. A primeira tem mais a ver com justiça, tendo associada uma dimensão ética, que é um conceito relativo. Afirmando-se que a igualdade é um conceito mais absoluto.

Já relativamente ao conceito de acesso aos cuidados de saúde, podemos considerá-lo, tendo em conta o Ministerio de Sanidad y Política Social (Espanha - 2010), citado pelo Plano Nacional de Saúde 2012-2016, como sendo “(...) uma dimensão da equidade e define-se como a obtenção de cuidados de qualidade necessários e oportunos, no local apropriado e no momento adequado.” Outro autor, Justo (2004:17) considera o acesso como sendo a possibilidade que se tem de obter a prestação e ganhos em saúde, no momento, local, na quantidade e com os custos adequados.

De uma forma global, parece-nos que são dois conceitos indissociáveis no sistema de saúde, sendo a equidade no acesso aos cuidados de saúde um dos valores mais perseguidos nos sistemas de saúde das sociedades democráticas da Europa. (**CRES**, 1998:113).

No momento em que atravessamos uma grave crise económico-financeira, a pressão sobre o acesso aos cuidados de saúde sobretudo devido ao contínuo aumento de utilização, faz-se sentir de forma significativa, podendo afectar a sua acessibilidade (**OPSS**, 2012:79). Nomeadamente a prestação que implica a constituição e coordenação de uma rede muito heterogénea de contributos que envolvem recursos humanos de diferentes áreas e especialidades (desde cuidados de saúde primários aos cuidados hospitalares e continuados) de modo a garantir a todos os utentes do território nacional desde os das grandes cidades do litoral aos das regiões do interior do País, o acesso aos serviços de saúde do **SNS**.

Não obstante, existirem para este fim diversas redes de referenciação hospitalar, a evolução dos doentes nessas redes, pode gerar (e normalmente gera) tempos e listas de espera. A extensão desses tempos e listas de espera e a sua comparação com as necessidades expressas dos cidadãos, é utilizada normalmente para avaliar quer o acesso, quer a equidade (sobretudo no acesso) em cada Sistema de Saúde.

O presente projecto é composto por seis capítulos. A estrutura agora apresentada permite enquadrar o tema de modo sequencial (**figura 1**).

No **Capítulo I**, temos a presente introdução, onde se fará um enquadramento geral do projecto.

De seguida, no **Capítulo II** é apresentado o enquadramento teórico do tema, com análise de três das principais áreas com ele relacionado: desde os conceitos de tempos e listas de espera, à descrição e análise da evolução da situação nacional. Faz-se ainda uma breve referência e caracterização dos diferentes programas implementados no país, descrevendo experiências internacionais de acordo com os estudos, entre outras, da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (**OCDE**) e nomeadamente de Espanha e Reino Unido pela sua maior similitude com o **SNS** Português.

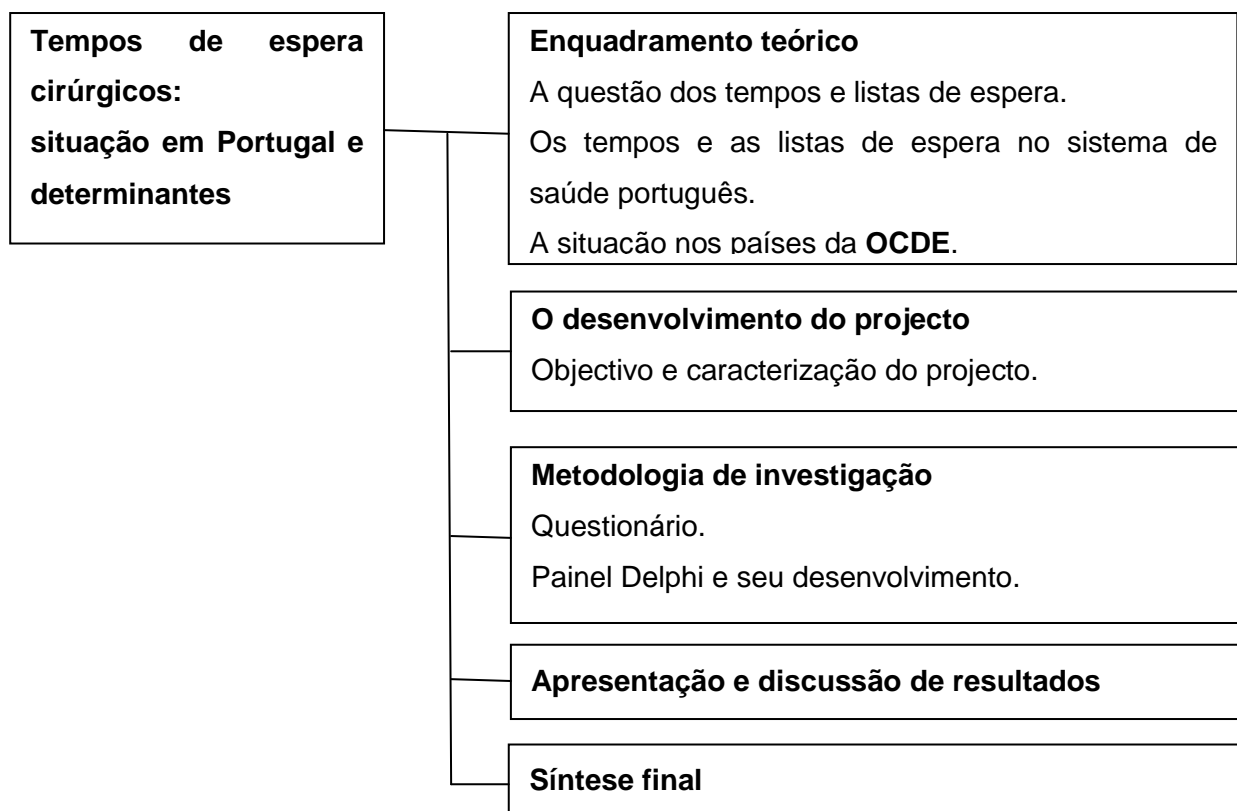
No **Capítulo III**, o desenvolvimento do projecto, serão abordados tanto os objectivos gerais, como os específicos. Fazendo o ponto de situação em Portugal, a análise de diversos estudos e da literatura existente. Identificando e caracterizando as grandes tendências ao nível de programas e iniciativas governamentais e, tanto quanto possível, as determinantes da existência de listas de espera cirúrgicas.

No **Capítulo IV**, a Metodologia pretende descrever as principais fases do trabalho, desde a definição do tema, aos pressupostos inerentes à escolha do questionário e à selecção das técnicas para colheita de dados, incluindo também a descrição da técnica de Delphi, utilizada para recolha das opiniões dos peritos com vista à obtenção de consensos. São abordados ainda os procedimentos informáticos utilizados para a recolha da informação através do questionário.

No **Capítulo V**, apresentam-se os resultados alcançados no projecto e a sua discussão, sendo abordados os aspectos metodológicos, as opções relativas ao questionário seleccionado e as vantagens e desvantagens da técnica utilizada para obtenção do consenso.

Por fim, no **Capítulo VI**, são apresentados de forma sintética, os objectivos, os aspectos metodológicos e os resultados mais significativos deste “trabalho de projecto” incluído no mestrado.

**Figura 1 - Descrição sumária da estrutura da dissertação**



## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 2.1. A questão dos tempos e das listas de espera

As listas de espera e os tempos de espera acima de limites clinicamente aceitáveis constituem uma realidade em diversos países da **OCDE**, nomeadamente naqueles em que o financiamento é público, não sendo possível muitas vezes para os doentes a realização dos procedimentos cirúrgicos prescritos, nas datas recomendadas, sendo inclusive considerado que isso afecta grande parte da população não sendo uma excepção mas sim a regra (CESifo DICE Report., 2003:70).

Importa mais uma vez aprofundar alguns conceitos. Por um lado, a definição constante no Glossário da Direcção Geral da Saúde (**DGS**, 2001:30), refere as listas de espera como o “(...) número de doentes do sistema de saúde, geralmente em hospitais, que aguardam a realização, não urgente, de consulta, exame, tratamento, operação ou procedimento especial”. Já, no mesmo Glossário, se referem como tempos de espera o número de dias (incluindo sábados, domingos e feriados) compreendido entre a data da inscrição para consulta, cirurgia, exame ou tratamento e a data prevista para realização dos mesmos” (**DGS**, 2001:31).

No caso de tempo de espera para uma intervenção cirúrgica e de acordo com a Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro que aprova a segunda versão do Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (**SIGIC**), considera-se tempo de espera - “(...) o número de dias de calendário que medeia entre o momento em que é proposta uma intervenção cirúrgica pelo médico especialista e a observação, o cancelamento do registo ou a saída do utente da Lista de Inscritos para Cirurgia (**LIC**)” (Portaria 45/2008).

As listas de espera e/ou os tempos de espera nestes diferentes níveis podem indicar barreiras ao acesso, de índole organizacional, por deficiente planeamento de recursos e por ineficiente utilização da capacidade existente.

Ou seja, daqui resulta que, na realidade, o tempo de espera de cada doente é o somatório dos diversos tempos de espera que ocorreram desde o início de cada episódio clínico.

Por isso, de acordo com alguns estudos internacionais (APPLEBY, J.; BOYLE, S., *et al.*, 2005:20), o tempo de espera (**TE**) total de um doente pode compreender diferentes segmentos (BARUA, B. e NADEEM E., 2010:6):

- Espera pela consulta do médico família; (e o período entre a observação pelo médico de família e o atendimento em regime ambulatorio, pelo profissional a quem o doente tenha sido referido);
- Espera para realizar os exames de diagnóstico solicitados;
- Espera para ser observado por um médico especialista para o qual tenha sido encaminhado;
- Espera, eventualmente, por um internamento hospitalar requerido;
- E, durante este processo, existem ainda outros momentos de espera, quer por consultas subsequentes, quer por mais testes de diagnóstico ou procedimentos técnicos a serem realizados antes de qualquer decisão terapêutica. Testes que, por sua vez, podem exigir novas consultas.

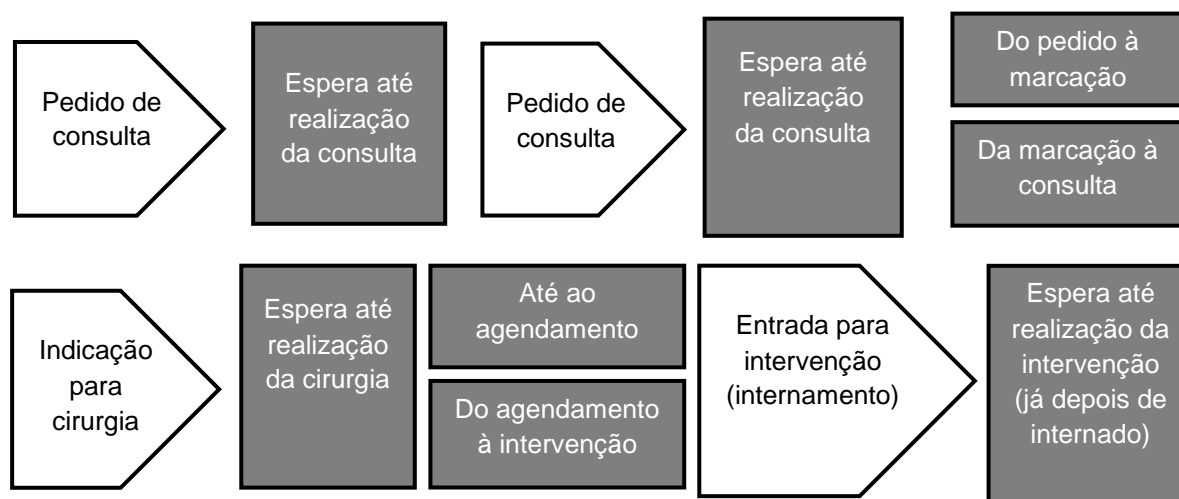
Isto é, para além da espera por uma consulta, por uma admissão ao internamento ou por uma cirurgia, o acesso às prestações de saúde também envolve tempos de espera de tipo processual que são variáveis consoante as necessidades do doente e as tecnologias ou os procedimentos que se procuram e que podem variar, quer de hospital para hospital e de país para país, quer sobretudo de especialidade para especialidade.

Por isso, a necessidade de esperar por cuidados de saúde é uma característica comum aos sistemas de saúde, particularmente quando a prestação de cuidados de saúde assume uma forma organizada.

Portugal não é diferente, havendo vários pontos para análise de tempos de espera (como ilustra a **figura 2**) embora no caso da cirurgia electiva a discussão se centre, maioritariamente, nos tempos de espera ocorridos, desde a indicação cirúrgica até à concretização da mesma.



**Figura 2 - Percurso do doente e tempos de espera**



**Fonte:** TC (2007). Auditoria ao Acesso Cuidados de Saúde do SNS – SIGIC (Relatório nº 25/07 -2ª. S). Lisboa, Portugal, pág. 19.

Também por isso, as medidas preconizadas e adoptadas para reduzir as listas de espera (**LE**), têm sido muito diversificadas (embora incidam predominantemente no lado da oferta) e, se muitas delas têm tido resultados positivos, permanecem ainda inúmeros desafios agravados muitas vezes pelo quadro de contenção que marca hoje a actividade em saúde, e em que as listas de espera constituem um dos mais importantes problemas com que se confronta o sector. Recebendo a maior atenção quer dos políticos de saúde, quer dos cidadãos, já que os tempos e as listas de espera podem ter efeitos prejudiciais para os doentes, para todos os que a eles estão ligados e para os próprios sistemas de saúde.

Com efeito, enquanto um doente espera, a doença progride afectando, pelo menos potencialmente, os resultados do tratamento futuro que, aliás e em alguns casos deixa até de ser possível, pondo em causa não só o bem-estar do doente como a sua própria vida. Tal situação envolve riscos significativos e custos pessoais (morais, materiais, familiares, sociais e profissionais) que afectam os indivíduos e o sistema no seu conjunto (GLOBERMAN, S., 2013:119), (JOHAR, M. *et al.*, 2010:1).

A isto vão acrescentando questões relacionadas com o advento de doenças crónicas já que os atrasos, com muita frequência, podem transformar situações

agudas reversíveis e até curáveis noutras irreversíveis ou que podem mesmo determinar incapacidades permanentes. Esperar por cuidados de saúde tem sempre resultados negativos quer pelo impacte na própria saúde, quer de natureza económica suscitando ainda o risco de ocorrência de eventos adversos nos doentes.

Como se irá referir posteriormente, a redução dos tempos de espera para cirurgia é um dos grandes objectivos estabelecido para o **SIGIC**, sendo mesmo considerado como “(...) uma alteração fundamental na discussão pública sobre as listas de espera. Em lugar de se apresentarem e discutirem os números referentes à dimensão das listas de espera, passou-se a discutir os tempos de espera” (BARROS, 2009:342).

## **2.2. Os tempos e as listas de espera no sistema de saúde Português**

“Na última década, as sociedades têm vindo a demonstrar, de forma crescente, preocupação e descontentamento face ao tempo de espera para a realização de cirurgias. Esta realidade deu lugar a algumas iniciativas governamentais que procuraram, através de programas de choque, diminuir o número de utentes que se encontravam em lista de espera há mais de um ano” (**MGIC**, 2011:3).

Em cerca de metade dos países da **OCDE**, o tempo de espera para cirurgias electivas (não urgentes) é mesmo uma preocupação central da política de saúde (HURST, J.; SICILIANI, L., 2003).

Barros (2008:1) refere, que na considerável diversidade de “tipologias de sistemas” nos países com listas de espera, os “tempos de espera elevados emergem sobretudo em países que combinam seguro de saúde público (com custo nulo ou baixo no momento de consumo de cuidados de saúde) e restrições na capacidade cirúrgica”. Noutra publicação, o mesmo autor (BARROS, 2009:327) acrescenta que o tempo de espera acaba por ser um mecanismo para encontrar o equilíbrio (entre oferta e procura), quando a procura excede a oferta e o preço não é relevante.

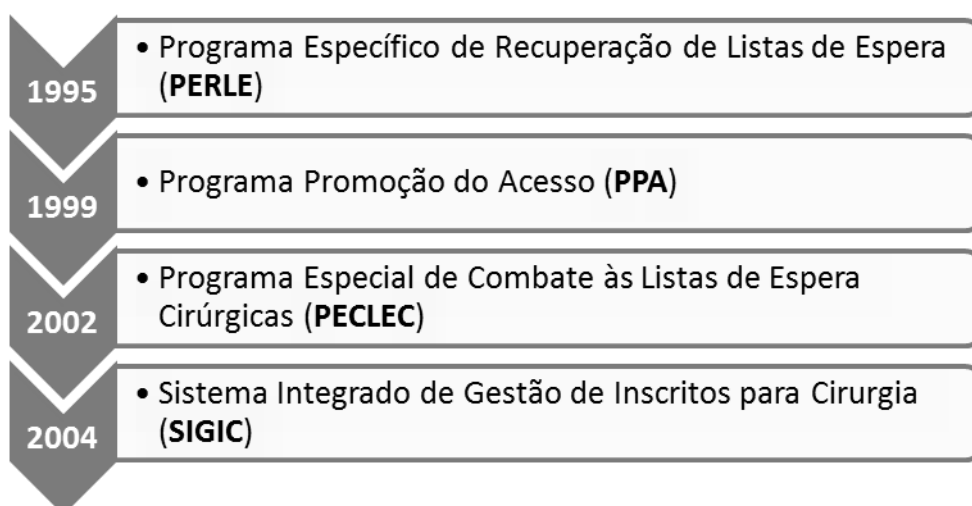
No mesmo sentido, Cipriano Justo (2004:25) também afirma que as listas de espera apenas são explícitas, em sistemas de saúde com cobertura universal e financiamento pelo Orçamento de Estado.

Pode pois dizer-se que as **LE** são um ponto crítico no acesso aos cuidados de saúde. Assim, o tempo de resposta à procura de cuidados de saúde necessários por parte da população leva, em muitos países, como atrás referimos, à adopção de iniciativas de política de saúde para as combater (**OPSS**, 2001:45). Segundo Alves *et al.*, (1996:1), as **LE** hospitalares traduzem má acessibilidade às unidades do **SNS** atingindo, sobretudo, a população de estratos sociais mais desfavorecidos.

Também em Portugal, com o objectivo de minorar as dificuldades no acesso aos cuidados de saúde e de recuperação de listas de espera cirúrgica, foram criados diversos programas (**figura 3**) (**OCDE**, 2013:238). De acordo com os mesmos autores (ALVES *et al.*, 1996:1), em 1992, a Direcção-Geral dos Hospitais definiu diversas Linhas Estratégicas para o triénio 1992-94, sendo que uma delas seria “Reduzir a Espera – Aumentar a Utilidade Técnica e Social”, ou seja, aumentar a acessibilidade ao Sistema, através da redução das **LE**.

Esses programas criados para combater as listas de espera cirúrgica, foram numa primeira fase, orientados para o estímulo e incremento da actividade cirúrgica, quer no sector privado e social, quer através de incentivo à realização de actividade adicional no sector público. Já o último programa implementado - **SIGIC**, 2004 - teve como objectivo regular toda a actividade cirúrgica programada e abarcar todas as etapas do processo de gestão do utente, desde a sua inscrição na lista cirúrgica até à conclusão do processo, após realização da cirurgia.

**Figura 3 - Evolução Programas Combate Listas Espera em Portugal**



O Programa Específico de Recuperação de Listas de Espera (**PERLE**), criado por Despacho do Ministro da Saúde de 31 de Janeiro de 1995, publicado na IIª série Diário da República, número 51, de 1 de Março de 1995, foi o primeiro programa criado para esse fim tendo como “objectivo reduzir ou eliminar de forma coordenada, a nível regional, as listas de espera em serviços hospitalares, em patologias de massa com indicação cirúrgica”, pretendendo atingir este fim através da celebração de contratos com o sector privado.

Cada Administração Regional de Saúde (**ARS**), teria que implementar o programa na respectiva região, apresentando para tal um plano de recuperação das listas de espera, após ter procedido ao levantamento e avaliação das listas de espera existentes, determinando a capacidade dos serviços, prioridades de intervenção e hierarquizado por prioridades clínicas, pelo que lhe era atribuída uma dotação financeira anual, distribuída a nível regional, para garantir a realização de cirurgias, no sector privado mas sob a responsabilidade do Estado.

Cabia ainda a cada **ARS** a realização anual de concursos públicos (regionais), para adjudicação da execução dessa actividade ao sector privado, promovendo o registo permanente da actualização das **LE** na respectiva região, de forma a permitir a monitorização permanente do programa.

O pagamento era efectuado pela modalidade de “Pagamento Global”, não podendo as Entidades contratadas cobrar quaisquer importâncias aos utentes do **SNS**, abrangidos pelo **PERLE**.

Tendo por exemplo a Administração Regional de Saúde do Norte (**ARSN**) e de acordo com Alves *et al.*, (1996:2), em finais de Junho de 1992, existia uma lista de espera de 92.000 utentes com uma média de espera de 223 dias. As principais causas das listas de espera, apontadas neste artigo eram: a falta de tempos operatórios (56%), seguida da insuficiência de camas (15,4%), o número reduzido de médicos (15%), e também a carência de anestesistas (3,7%), entre outras.

No decorrer do Programa, uma das medidas preconizada, para ultrapassar limitações económicas, materiais e o tempo necessário para reduzir as listas de espera, constituía numa primeira fase, seleccionar cinco patologias de maior impacto social: varizes, histerectomia, cirurgia da próstata, artroplastia da anca e cirurgia da catarata.

Não se tendo considerado que este programa tenha atingido os seus desideratos, surge em 1999, o Programa para a Promoção do Acesso (**PPA**) (Despacho 5804, 1999 de 22 Março) que substitui o **PERLE**, na tentativa de desenvolver e aprofundar as medidas em curso, desde o início do programa, para estabelecer e manter o equilíbrio entre programas específicos e a melhoria da capacidade de resposta. Este novo programa perseguia o acréscimo de actividade nos hospitais públicos, não impedindo contudo a contratação com o sector privado (Despacho 17381, 2000, de 25 de Agosto) e social (Despacho 19554, 2000, de 29 de Setembro), tendo para esse fim sido atribuída uma dotação orçamental adicional, devendo, posteriormente, cada **ARS** contratualizar o volume de cirurgias adicional com os hospitais do **SNS**.

O programa pretendia também a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, num horizonte temporal que ia até ao ano de 2002, podendo inclusive ler-se no Despacho que formaliza o **PPA** que “A acessibilidade é a possibilidade que o utilizador do sistema tem de obter a prestação de cuidados de saúde no momento e no local em que necessita, em quantidade e a um custo adequado, com o objectivo de obter ganhos em saúde”.

Assim, o **PPA** tinha como principais linhas de orientação o estabelecimento e definição de dispositivos e instrumentos (nomeadamente sistemas de informação próprios) de gestão e acompanhamento das **LE** Cirúrgicas,

definição de critérios de inclusão em listas de espera, de Protocolos e de tempos de espera máximos aceitáveis para cada tipo de intervenção.

Os Tempos de Espera Clinicamente Aceitáveis (**TECA**) para determinadas patologias foram estabelecidos por um conjunto de médicos da Região Centro, em 1999 (**OPSS**, 2002:72). As patologias/actos seleccionados foram hérnias e eventrações, colecistectomias, cirurgia vascular arterial, varizes, cirurgia cardiotorácica, hérnia discal, cataratas, retinopatia diabética, prótese da anca, prótese do joelho, adenoma prostático com e sem complicações e qualquer patologia do foro oncológico (**figura 4**).

**Figura 4 - Tempos de Espera Clinicamente Aceitáveis por Patologia**

	Natureza da patologia/intervenção	TCA
Hérnias e eventrações	S/complicações	≤ 180 d
	C/potenciais complicações	≤ 60 d
	S/complicações mas < capacidade de trabalho	≤ 90 d
Colecistectomias	Por litíase c/complicação prévia	≤ 30 d
	Por litíase s/complicação prévia	≤ 180 d
Cirurgia vascular arterial	c/clauidicação intermitente e/ou lesões carotídeas	≤ 21 d
Varizes	C/complicação prévia	≤ 60 d
	S/complicação prévia	≤ 270 d
Cirurgia cardiotorácica	Valvular	≤ 60 d
	Coronária	≤ 60 d
Hérnia discal		≤ 30 d
Cataratas	Bilaterais c/grau de visão incapacitante	≤ 30 d
	Unilateral c/olho contralateral normal	≤ 180 d
	Unilateral c/amaurose do olho contralateral	≤ 30 d
	Bilateral s/apreciável diminuição da autonomia	≤ 180 d
Retinopatia diabética		≤ 30 d
Prótese da anca		≤ 180 d
Prótese do joelho		≤ 180 d
Adenoma prostático s/ complicações		≤ 180 d
Adenoma prostático c/ complicações		≤ 90 d
Oncologia (qualquer patologia)		≤ 21 d

**Fonte:** DGS, 1998

**Fonte:** O estado da Saúde e a saúde do Estado, **OPSS**, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública (**ENSP**). 2002, pág. 73.

O **PPA** tinha ainda, entre outras, como importantes componentes (i) "(...) a identificação de áreas com maiores estrangulamentos ao acesso (...); (ii) (...) o estabelecimento dos critérios definidores das prioridades clínicas (...); (iii) (...)

a fixação (...) do tempo de espera aceitável (...); (iv) (...) a definição de parâmetros de qualidade do processo e resultado (...); (v) (...) as condições factíveis (...) para melhoria do funcionamento dos serviços do sector público (...); (vi) (...) as listagens nominais de utentes em espera (...) e a actualização mensal das listas (entradas e saídas) (...)", etc.

Este Programa, à semelhança do programa anterior, era gerido a nível regional, pelos Conselhos de Administração (**CA**) das **ARS**, que apuravam e analisavam as respectivas listas de espera, através das Agências de Contratualização (Despacho 61, 1999 de 12 de Novembro) que negociavam a produção com as instituições incluídas no programa, cabendo à **DGS** o acompanhamento, a monitorização, a avaliação da execução do mesmo e a elaboração de um relatório mensal. Para a gestão deste programa, seria criado um sistema de informação próprio, a ser implementado nas **ARS** (que também eram responsáveis pela emissão dos títulos de acesso), na **DGS** e também nos Hospitais. O pagamento era feito de acordo com os preços da tabela dos Grupos de Diagnóstico Homogéneo (**GDH**) ajustados para o programa.

Posteriormente, foram ainda fixados pelo Decreto-Lei 285 de 26 de Julho de 1999 "(...) as condições em que podiam ser atribuídos suplementos remuneratórios a funcionários e agentes dos serviços e estabelecimentos dependentes do Ministério da Saúde, no âmbito de programas específicos que visem a recuperação de listas de espera (...)".

O Programa especial de acesso aos cuidados de saúde (Lei nº 27 de 3 de Maio de 1999), decorreu do **PPA**, tendo definido conceitos, regras e que "(i) (...) visa assegurar em tempo útil o acesso à prestação de cuidados de saúde pelo Serviço Nacional de Saúde (**SNS**) (...)", definindo que o "(ii) (...) recurso a meios externos ao **SNS** só terá lugar em situações de insuficiência ou esgotamento de capacidade instalada."

É de referir ainda que, de acordo com o Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (**OPSS**, 2002:72) "(...) o total de doentes em lista de espera maior que o Tempo Clinicamente Aceitável (**TCA**), em Dezembro de 2001 e com patologias que fazem parte do **PPA**, era de 86.500, mais 42% do que em 31 de Dezembro de 2000, que, segundo dados disponibilizados pelo Ministério, era de 61.000 doentes."

Mas na Resolução de Conselho de Ministros (**RCM**) nº 100/2002, publicada em 25 de Maio, que aprovou a criação do Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (**PECLEC**), já se refere que o número de cidadãos em lista de espera era ainda maior, ou seja, de 90.451 em 31 de Dezembro do mesmo ano (2001), afirmando ainda que a execução do **PPA** teria correspondido a aproximadamente 69,6% do contratualizado.

Através da mesma **RCM** ficamos a saber, que da análise operacional da execução do **PPA** e, de acordo com o relatório da **DGS** de 2001, resulta que continuava a aumentar o número de utentes em lista de espera cirúrgica.

Em 2002, foi então aprovado o **PECLEC** (**OPSS**, 2004:45), um programa de carácter temporário a ser executado no prazo de dois anos e que visava, dada a persistência de longas listas de utentes a aguardar por uma cirurgia, dar resposta rápida e eficiente a situações emergentes e críticas dos utentes (**MGIC**, 2005:III-2).

O **PECLEC** visava alcançar os seguintes objectivos:

- “a) Estabelecer um regime de atendimento dos doentes em correspondência inversa aos tempos de espera (os doentes há mais tempo em espera serão os primeiros a ser atendidos), sem prejuízo da prioridade concedida a quadros clínicos considerados urgentes;
- b) Introduzir uma instância eficaz para a qual o cidadão possa reclamar em caso de prejuízo do seu direito aos cuidados de saúde do **SNS**;
- c) Desenvolver uma leal concorrência entre os sectores, público, social e privado de prestadores de cuidados de saúde e um aperfeiçoamento da sua cooperação em rede;
- d) Motivar, numa perspectiva ética e deontológica, as equipas de médicos e de profissionais de saúde, mediante a racionalização e melhor utilização dos meios e do quadro envolvente que o **SNS** proporciona ao exercício da sua actividade;
- e) Aumentar a eficiência reduzindo o custo médio de financiamento dos actos cirúrgicos para padrões médios europeus;



f) Respeitar, em todos os casos, o direito de escolha do doente, nos termos definidos nos números seguintes.”

À semelhança dos programas anteriores, as **ARS** tinham um prazo para proceder ao levantamento exaustivo, por doente e patologia, de todas as situações que se encontrassem em lista de espera nos hospitais públicos da respectiva área de intervenção (**OPSS**, 2003:22).

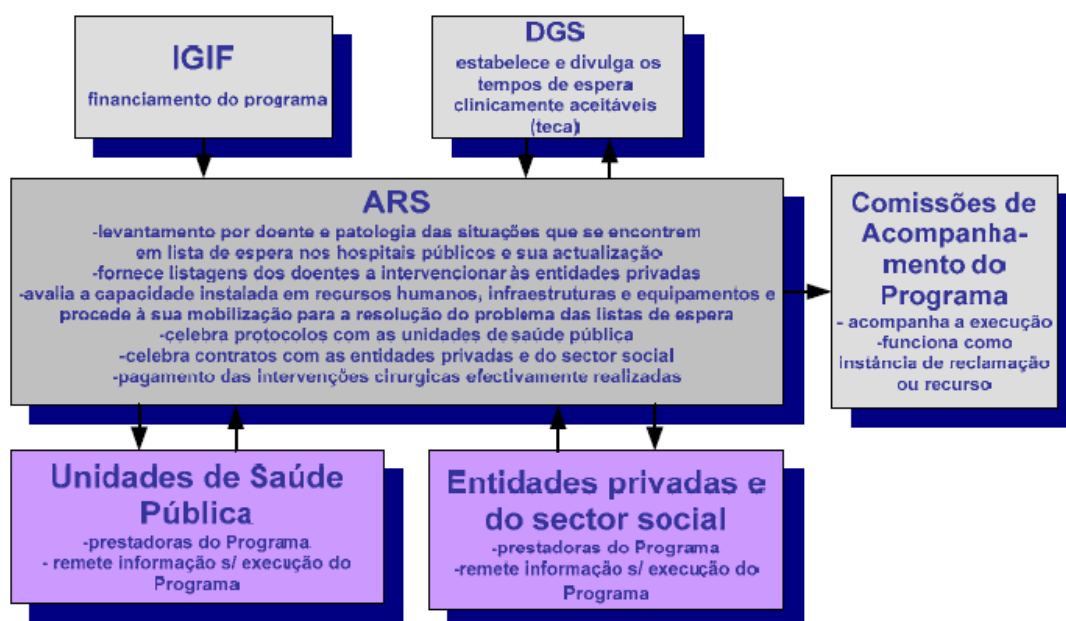
Embora o programa propusesse a realização de intervenções cirúrgicas prioritariamente através do recurso a entidades públicas, permitia que o mesmo se desenvolvesse em unidades privadas ou sociais, prestadoras de cuidados de saúde.

A contratualização/acordo com as Unidades Privadas ou do Sector Social teria obrigatoriamente de “(...) discriminar planos de acção concretos e calendarizados (...)”, eram feitos com as entidades públicas de saúde mediante o estabelecimento de protocolo com a respectiva **ARS**. Já se a entidade fosse do sector privado ou social, seria mediante contrato a celebrar, também com a respectiva **ARS**.

Todos os hospitais públicos ou privados (com convenção) tinham que demonstrar (constituía condição de selecção) que a adesão ao programa não prejudicava a realização integral da actividade programada.

A identificação das entidades envolvidas e respectivas competências, encontram-se de forma esquemática na **figura 5**.

**Figura 5 - Identificação e competências dos intervenientes no PECLEC**



**Fonte:** TC, Relatório nº 15/05, Processo nº 01/04- Auditoria ao **PECLEC**, 2005, pág. 14.

De acordo com a auditoria realizada pelo Tribunal de Contas (**TC**), ao Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas, o número dos doentes elegíveis em lista de espera foi reajustado para 182.473, em 31 de Dezembro de 2002, após uma primeira lista apurada pelas **ARS**, em 30 de Junho de 2002 (123.166), que não conteria a totalidade dos doentes, devido a deficiências nos registos dos doentes em espera nos hospitais.

Ainda de acordo com o mesmo Relatório, a 31 de Outubro de 2004, o Programa terá atingido um grau de execução de 93,5% (**figura 6**), sendo que o sector público foi responsável por 87% da execução do **PECLEC**.

**Figura 6 – Execução Global do PECLEC**

Unid: doentes

Lista PECLEC	Expurgos *	Lista PECLEC expurgada	Execução Global do PECLEC			Grau de execução
			Realizado no SNS	Realizado no sector social e privado	Total	
182.473	58926	123.547	100.753	14 815	115.568	93,5%

\*expurgos efectuados na execução do programa até 31 de Outubro de 2004.

Fonte: ARSN, ARSC, ARSLVT, ARSA e ARSAlg.

**Fonte:** TC, Relatório nº 15/05, Processo nº 01/04- Auditoria ao **PECLEC**, 2005, pág. 18.

O **TC**, escreve ainda nas suas conclusões que a ausência de um sistema de informação integrado terá permitido a ocorrência de algumas divergências entre a informação das **ARS** e das restantes entidades prestadoras (**TC**, 2005:9).

A 26 de Outubro de 2002, foi publicada a Portaria 1397/2002 (Tabela de preços do **PECLEC**) de que faziam parte as verbas a atribuir por acto cirúrgico aos estabelecimentos de saúde do **SNS** que estabelecessem os protocolos e a respectiva fracção da mesma a afectar ao pagamento de suplementos remuneratórios, quer ao estabelecimento de saúde, quer à equipa (este último era estabelecido pelo Conselho de Administração, mediante negociação com os profissionais). Também os valores a pagar aos estabelecimentos de saúde privados e do sector social constavam na tabela em anexo à dita Portaria.

No entanto, 54,4%, dos doentes intervencionados no âmbito do programa (e ainda de acordo com a referida auditoria) foram operados no âmbito da actividade normal, ou seja, sem pagamento de suplementos remuneratórios.

Pode concluir-se ainda, no referido Relatório, que apesar de se ter considerado que os resultados decorrentes da aplicação do **PECLEC** se traduziram numa melhor utilização dos recursos físicos e humanos, em Janeiro de 2005, já se encontravam a aguardar cirurgia cerca de 193 mil doentes, com um tempo médio de espera de 272 dias.

Como anteriormente foi referido, o **PECLEC** era um programa com carácter temporário (dois anos) e por isso através da Resolução de Conselho de Ministros (**RCM**) n.º 79/2004, de 3 de Junho, publicada no Diário da República (**D.R.** 1ª série, de 24 de Junho, foi criado o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (**SIGIC**).

Este Sistema foi concebido de acordo com o **MGIC**, de forma a abarcar o problema das listas de espera na sua globalidade, e ser um programa contínuo de redução sustentada dos tempos de espera, sendo mesmo o objectivo principal reduzir o tempo médio de espera dos inscritos.

Também o **TC**, no seu Relatório de Auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde (**TC**, 2007:12) afirma que a adopção do **SIGIC** introduz uma diferente

perspectiva de intervenção, procurando actuar directamente sobre o modo de funcionamento das organizações.

Ou seja, diferentemente dos programas anteriores, que pretendiam eliminar as listas de espera para cirurgia e que de acordo com Barros (2008:5) o faziam através do estímulo à realização de actividade adicional, com disponibilização de verbas para a realização de cirurgias, mas que não tiveram como resultado principal e esperado a redução das listas de espera.

Como afirmámos o **SIGIC** visa a gestão integrada do universo dos doentes inscritos para cirurgia nos estabelecimentos do **SNS** de forma continuada, tendo sido implementado em todas as regiões de saúde, de acordo com o calendário estabelecido pela referida resolução (**MGIC**, 2011:6).

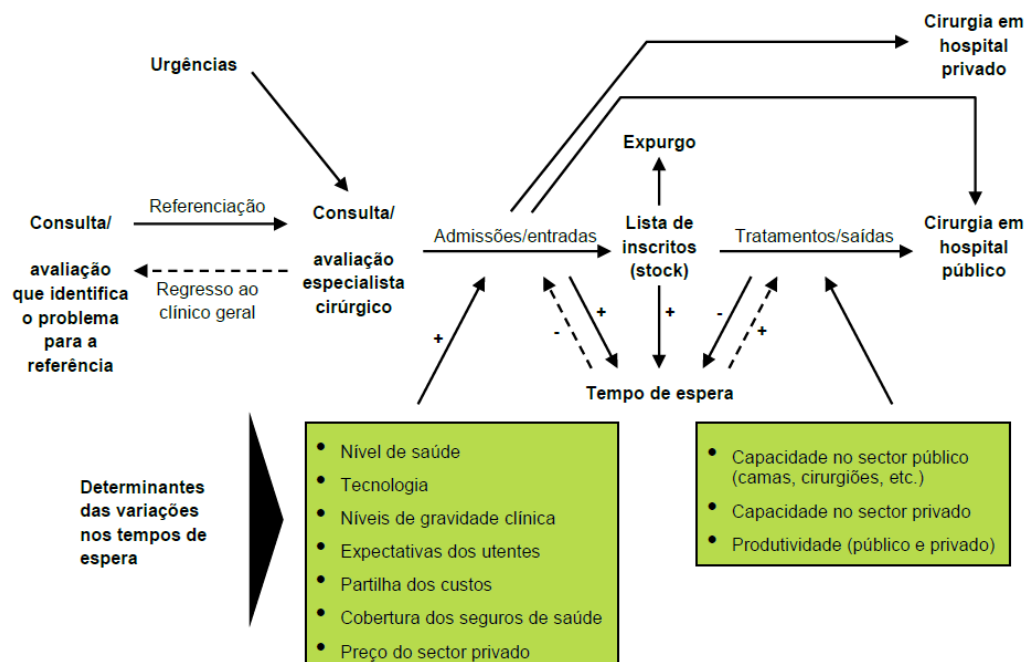
No lançamento público do **SIGIC**, foi considerado que “(...) mais importante que o número de pessoas aguardando por cirurgia, é o tempo médio de espera (...)” (PEREIRA, L., 2004).

Ou seja o **SIGIC**, tem uma abordagem de natureza mais permanente, surgindo como uma opção distinta, que perspectiva uma alteração estrutural da resposta do **SNS** a esta problemática (BARROS, 2009:341). Sendo que a sua implementação se iniciou a título experimental em duas regiões de saúde (Alentejo e Algarve), passando posteriormente em 2005 para o alargamento às restantes regiões de saúde e estando, neste momento, já implementado a nível Nacional (inclusive nas unidades de saúde privadas ou do sector social, designadamente misericórdias e outras instituições particulares de solidariedade social e entidades de natureza mutualista, que tenham celebrado respectivamente contratos-programa, convenções, contratos e protocolos com as **ARS** da respectiva região). O Programa, tem tido uma evolução positiva (**OPSS**, 2008:180), estando em execução há aproximadamente 10 anos, não tendo prazo previsto para vigorar.

Em Janeiro de 2004, deu-se, então início, ao desenvolvimento do **SIGIC**, com o estudo dos procedimentos e recolha das principais experiências internacionais em países como Espanha, Reino Unido, Dinamarca, Canadá, Austrália e Nova Zelândia.

Constatou-se que, em cerca de metade dos países da **OCDE**, a maior preocupação correspondia ao tempo de espera para cirurgia programada (**MGIC**, 2005:III-2). As abordagens que vários países tinham tido (**figura 7**), centraram-se, por um lado na oferta, procurando aumentar os recursos disponíveis (camas, especialistas, salas de bloco), quer no sector público quer no sector privado, e fomentando a produtividade dos recursos instalados e por outro lado na procura, criando prioridades de acordo com a patologia, gerindo as listas de inscritos para cirurgia e incentivando o recurso a seguros privados.

**Figura 7 – Observação da experiência internacional**



**Fonte:** UCGIC - (2011a). MGIC 2011 – Volume I - Princípios Gerais. Página - 8/101. ACSS, Lisboa, Portugal, 1-101.

Da análise das experiências internacionais, resultou a definição de sete grandes grupos de soluções:

- Centralização da gestão da **LIC** (através de informação permanente e actualizada optimizaram-se os recursos disponíveis);
- Uniformização do processo de gestão da **LIC** (garantia de transparência e equidade);
- Divulgação da informação sobre a **LIC** (para utentes, hospitais e sociedade);

- Definição de objectivos institucionais (definições de tempo máximo de espera global ou por patologia);
- Fomento de métodos alternativos nas terapêuticas cirúrgicas (cirurgia de ambulatório);
- Criação de incentivos ou pagamentos para os profissionais indexados à produção;
- Oferta de alternativas de tratamento ao utente (recurso à iniciativa privada e social).

De acordo com a **RCM**, 79/2004, pretendia-se que este sistema fosse universal, abrangendo grande parte da actividade cirúrgica desenvolvida nos hospitais.

O **SIGIC** assenta em cinco grandes princípios (**MGIC**, 2011:5):

- “Garantia de tratamento dentro de um período definido de acordo com regras claras;
- Maior compromisso do hospital expresso pela emissão de um certificado de inscrição na **LIC**;
- Maior envolvimento do utente no reconhecimento dos seus direitos e deveres, formalizado com a assinatura do consentimento para a inscrição na **LIC**;
- Maior uniformidade do processo, garantindo, através da publicação de um regulamento processual, a uniformização do tratamento dos utentes;
- Maior controlo e transparência através da constituição de unidades de apoio ao **SIGIC** a três níveis: hospitalar, regional e nacional.”

Este último princípio, de acordo com a **RCM** que cria o **SIGIC**, explicita que este se apoia em diversas unidades: Unidade a funcionar a nível Central (**UCGIC**) na dependência inicial do Ministro da Saúde, actualmente cabe à Administração Central do Sistema de Saúde (**ACSS**) (Decreto-Lei 219, 2007 de 29 Maio), cinco Unidades a nível Regional (**URGIC**) nas respectivas Administrações Regionais de Saúde e Unidades a funcionar a nível hospitalar (**UHGIC**), responsáveis pela gestão da lista de inscritos, em cada hospital.

Segundo o Relatório do Tribunal de Contas, de Auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde (**TC**, 2007:27), as responsabilidades atribuídas às diversas unidades agora descritas estão previstas no regulamento do **SIGIC**.

As principais competências da **UCGIC** são:

- Garantir a actualização permanente do registo dos utentes na **LIC**, o seu acompanhamento e controlo, assegurando a correcta integração e coerência de dados;
- Seleccionar os utentes a transferir para hospitais do **SNS** ou para entidades convencionadas e emitir os vales – cirurgia;
- Definir a arquitectura do sistema de informação;
- Elaborar o Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia.

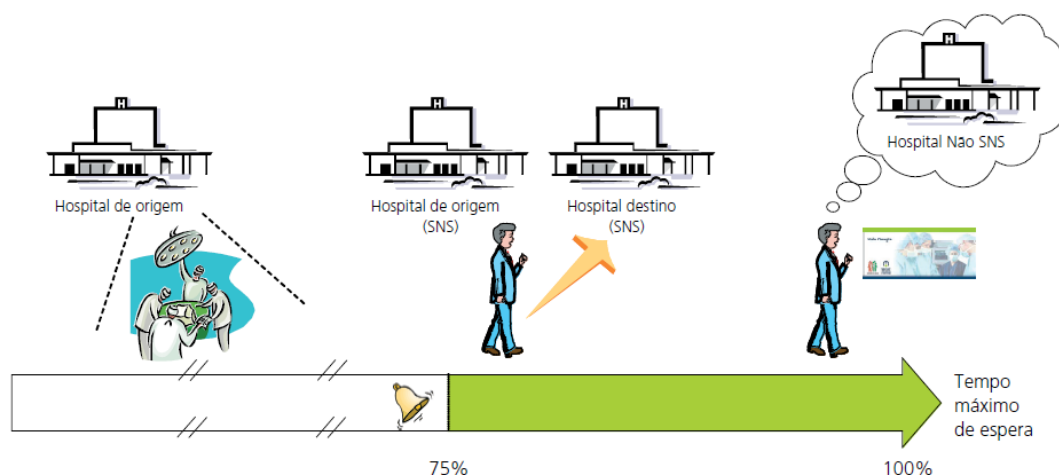
As principais competências das **URGIC** são o acompanhamento e controlo da evolução da **LIC** da respectiva região e ainda da produção cirúrgica hospitalar e dos processos de transferência de utentes.

Finalmente, a centralização da gestão de inscritos do hospital (actualização permanente da informação administrativa e clínica dos utentes da **LIC**), o acompanhamento das transferências dos utentes e a produção de informação para a gestão, são as principais competências das **UHGIC** (Tribunal Contas, 2007:27).

A nível de processos, o **SIGIC** assenta num formato simples (**figura 8**), onde, na sequência de uma consulta de especialidade e após ser proposta a realização de uma cirurgia aquando na posse do seu certificado de inscrição, o utente ficará a aguardar cirurgia com a garantia de que, virá a ser chamado num prazo máximo estabelecido (de acordo com prioridade clínica).

**Figura 8 – Processo de gestão do utente inscrito na LIC**

#### O Processo



**Fonte:** Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia - Processo de Gestão do Utente, página II-2, Sumário Executivo, **UCGIC, ACSS, MS**, Lisboa, 1-202. Versão 3, 15-02-2005.

O hospital dispõe do correspondente a 75% do período do tempo máximo de espera para resolver a situação clínica do utente. Atingindo esse tempo o hospital de origem transferirá o utente para outro hospital público ou, caso tal não seja viável, entrega ao utente um vale-cirurgia que permitirá o recurso a um hospital privado ou social à sua escolha, de entre os que estiverem convencionados (**OCDE**, 2013:237).

O Regulamento do **SIGIC** prevê a inscrição obrigatória das propostas cirúrgicas no Sistema Informático de gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (**SIGLIC**) tanto da actividade cirúrgica programada, como em modalidade remuneratória alternativa (**MRA**<sup>1</sup>), ou da actividade da cirurgia realizada pelos serviços de urgência (**UCGIC** (Relatório 2012), 2013:85).

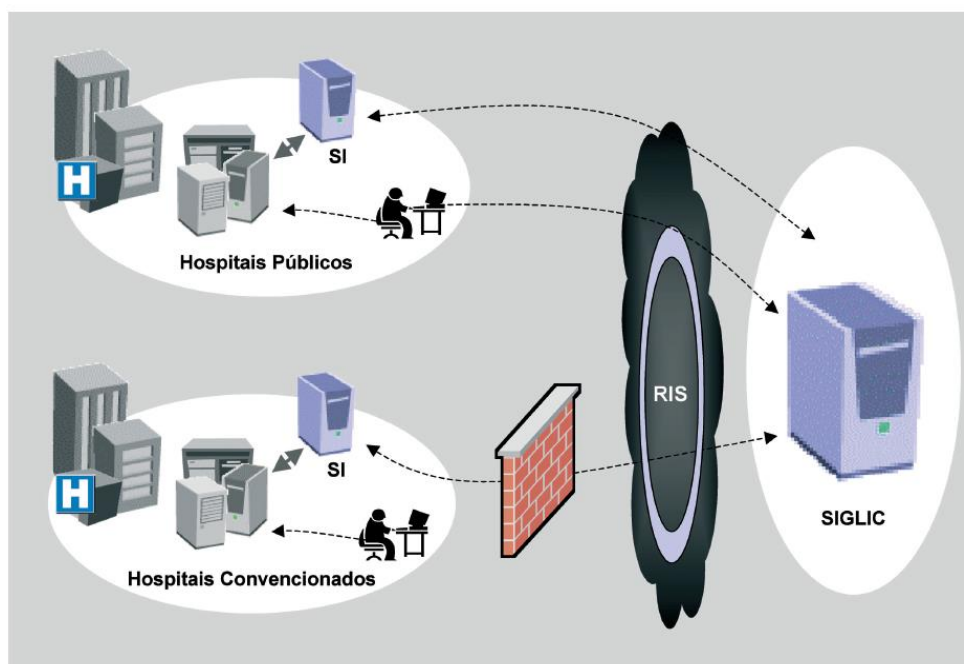
Este sistema informático, ao permitir a coordenação de todo o processo, criando automatismos nas várias fases, com garantia de conformidade das mesmas, desempenha um papel fundamental no âmbito do **SIGIC**, como uma ferramenta de gestão indispensável ao nível do Hospital, da Região e do País, conforme consta no Relatório de Auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde (**TC**, 2007). A **UCGIC** em cooperação com o antigo Instituto de Gestão

<sup>1</sup> **MRA** - Produção realizada pela equipa cirúrgica fora do seu horário de trabalho estabelecido e paga por unidade ponderada de produção.



Informática e Financeira da Saúde (**IGIF**) definiu à data a arquitectura dessa aplicação informática que visava, para além da consolidação da informação nos hospitais, dar também suporte às etapas do processo de gestão dos utentes transferidos, ou seja, esta aplicação (**SIGLIC**), foi desenhada no sentido de suportar todo o processo de gestão do utente inscrito para cirurgia, desde a fase de inscrição até à fase de realização da cirurgia, passando pelas fases de agendamento e de transferência do utente (GOMES, P., LAPÃO, L., 2011:163). Conforme se pode depreender da **figura 9**, os sistemas informáticos dos hospitais interagem através de um interface que, por via da Rede Informática da Saúde (**RIS**), transfere a informação que for gerada nos hospitais, coligindo, validando e distribuindo os indicadores resultantes dessa observação (**MGIC**, 2005:II-3).

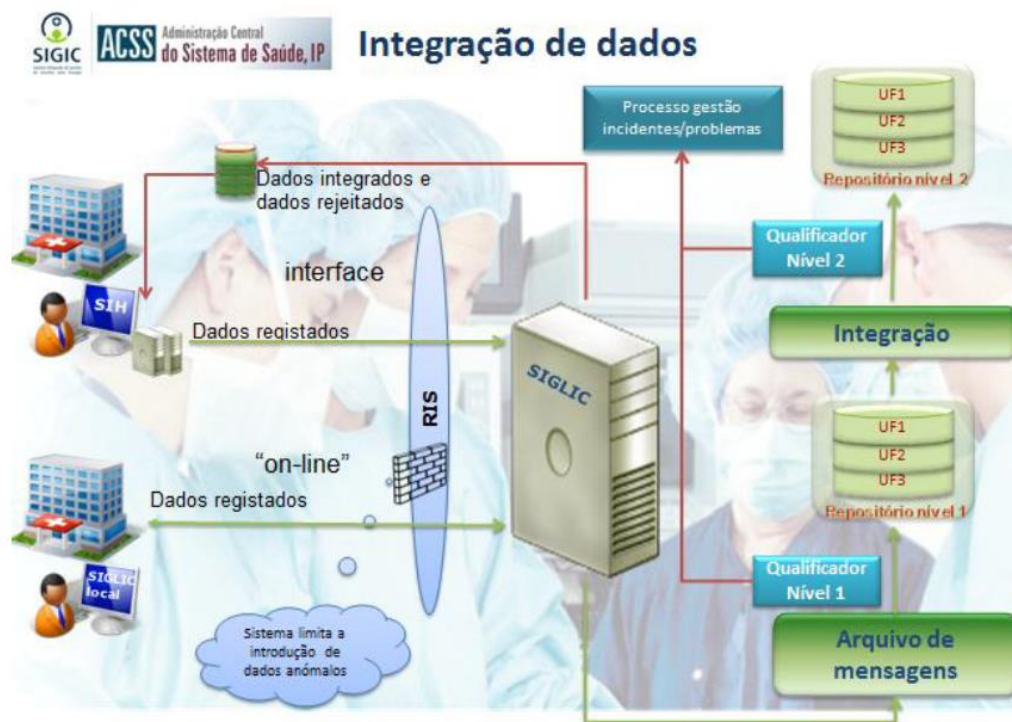
**Figura 9 - Rede interfaces entre sistemas informação dos hospitais e o SIGLIC**



**Fonte:** Manual Gestão Inscritos para Cirurgia - Processo Gestão Utente, página II-3, Sumário Executivo, **UCGIC**, **ACSS**, **MS**, Lisboa, 1-202. Versão 3, 15-02-2005.

Actualmente está definida uma metodologia para a recolha dos dados e dos indicadores, envolvendo todas as instituições do **SNS**, quer a nível central (**ACSS**), regional (**ARS**) e local, públicos, protocolados e convencionados (hospitais) (**figura 10**).

**Figura 10 – Rede de integração de dados**



**Fonte:** UCGIC (2013).Relatório da Actividade em cirurgia programada – Ano de 2012. Pág. 35 – 315. ACSS, Lisboa, Portugal.

Já Pedro Pita Barros (2008:5), afirma que esta tipologia de programa, de criar um sistema de informação que permite gerir os doentes inscritos para cirurgia, de forma a conhecer-se em cada momento a situação (em termos de número de inscritos e em termos de tempo de espera), sem as transformações e adaptações internas indispensáveis, bem como os ganhos de eficiência de uma melhor gestão, não produziram resultados imediatos, à semelhança aliás do que acontece com a generalidade das intervenções no plano dos sistemas de informação.

Também Cipriano Justo afirma que o investimento no sistema de informação é indispensável, pois a inexistência de sistemas de informação adequados é uma das principais dificuldades da gestão das listas e tempos de espera. Ainda de acordo com o mesmo autor uma das grandes limitações dos sistemas de informação, era a sua visão compartimentada, que originava que se analisassem acontecimentos independentes, ao invés de analisar em processos (JUSTO, 2004:68).

Da experiência internacional, nomeadamente de países com sistemas de saúde com características semelhantes ao português, de que temos os

exemplos de Espanha (**INSALUD**, 1998:27) e Inglaterra (WILLCOX, S., *et al.*, 2007:1082), também a utilização de um sistema de informação, moderno e centralizado se tornou uma realidade.

Porém, como afirmam os mesmos autores, o sistema de informação não resolve as listas de espera, será necessário, que com o conhecimento e a informação, obtidos através deste sistema de informação, se intervenha, na tentativa de que a produção e a produtividade aumentem.

Como atrás se referiu, o **SIGIC** arrancou em 2004 em oito hospitais nas regiões de saúde do Alentejo e Algarve, tendo sido no decorrer de 2005 alargado às restantes regiões. Já os anos de 2006 a 2008, terão sido de aperfeiçoamento dos processos, recolha de informação e controle de execução das normas do **SIGIC** (BARROS, 2009:341).

Em Novembro do mesmo ano, são publicados, em Diário da República, quer a 1ª versão do Regulamento do **SIGIC** (Portaria 1.450, 2004 de 25 Novembro), quer a Tabela de Preços (Despacho 24.036, 2004 de 29 Outubro) e o clausulado tipo para as convenções com entidades privadas e sociais. O processo, terá sido concluído em Dezembro desse ano (2004), nas regiões piloto, com a emissão dos primeiros vales-cirurgia.

Decorrente da atribuição expressa da gestão do **SIGIC** à **ACSS** (Decreto-Lei n.º 219/2007), de acordo com o **MGIC 2011**, tornou-se necessária a publicação do novo regulamento do **SIGIC** (Portaria 45/2008, de 15 de Janeiro), mantendo-se, no entanto, inalteráveis os seus objectivos, os princípios gerais e respectiva orgânica de funcionamento e execução.

Em conformidade com este documento, podemos concluir que este novo regulamento veio introduzir algumas alterações na gestão do episódio do doente que enunciaremos sumariamente:

- “O âmbito de aplicação foi alargado às entidades do sector social e do sector privado, com obrigatoriedade de inscrição dos doentes em **LIC** e transferência dos respectivos dados para o **SIGLIC**;
- No âmbito dos direitos e deveres dos cidadãos, foi-lhes reconhecido o direito de recusarem a transferência para outras instituições sem perda de antiguidade na **LIC**;
- O registo e a transferência para o **SIGLIC** dos eventos relacionados com o episódio terapêutico, primeira consulta, consulta de conclusão e da

actividade cirúrgica realizada nos serviços de urgência passaram a ser obrigatórios.”

É de realçar, por último, a definição dos tempos máximos de espera (nº 74, Parte V, da Portaria 45/2008, de 15 de Janeiro) estabelecida nesta segunda versão do regulamento do **SIGIC** que deveriam ser observados até aprovação da Portaria 1529/2008, Portaria esta que viria a estabelecer os tempos máximos de resposta garantidos (**TMRG**) por níveis de prioridade e por patologias.

Assim, tendo por objectivo garantir a prestação de cuidados de saúde em tempo considerado clinicamente aceitável, foi aprovada a Portaria nº 1529/2008, de 26 de Dezembro, determinando no seu Artigo 1º que “Fixam-se, a nível nacional, os tempos máximos de resposta garantidos (**TMRG**) para o acesso a cuidados de saúde para os vários tipos de prestações sem carácter de urgência (...)”, expressos na **figura 11**, os tempos correspondentes à actividade cirúrgica programada. No anexo 2 da mesma Portaria, foi publicada a “Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde” (BARROS, 2008:7).

**Figura 11 – Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG)**

NÍVEL DE PRIORIDADE CLÍNICA	GRUPO DE PATOLOGIA	TMRG em dias
P1 – NORMAL	GERAL a)	270
	OBESIDADE	270
	ONCOLOGIA	60
P2 – PRIORITÁRIO	GERAL	60
	ONCOLOGIA	45
P3 - MUITO PRIORITÁRIO	GERAL	15
	ONCOLOGIA	15
P4 - URGÊNCIA DIFERIDA	GERAL	3
	ONCOLOGIA	3

a) Inclui a cirurgia para correção morfológica, em resultado de cirurgia oncológica.

**Fonte:** UCGIC (2012). Relatório da Actividade em cirurgia programada. ACSS, Lisboa, Portugal, 290-315.

Para além da cirurgia programada, estes **TMRG** foram também fixados para outros níveis de acesso a cuidados de saúde, nomeadamente: cuidados de

saúde primários, consultas hospitalares e meios complementares de diagnóstico e terapêutica em doenças cardiovasculares, etc. (**ERS**, 2012:61).

É de salientar que no documento de “Lançamento do **SIGIC**”, se definia como princípio fundamental “(...) a garantia de tratamento em tempo admissível através da fixação de objectivos específicos de tempos (máximos e médios) de espera (...)”, e caso não se verificasse dentro desse tempo admissível, o utente receberia um vale-cirurgia. Ou seja, após o **TMRG** o doente pode ser intervencionado numa unidade cirúrgica convencionada, naturalmente que o sucesso desta iniciativa (**TMRG**) não tem sido uniforme, variando entre instituições e mesmo entre doentes (PERELMAN, J.; MATEUS, C., 2009).

O **SIGIC**, desde 2006, regula toda a actividade cirúrgica programada e engloba todas as etapas do processo de gestão do utente, desde a sua inscrição na lista cirúrgica até à realização da cirurgia, decorrendo daí que o agendamento da cirurgia resulta directamente da aplicação de critérios clínicos e de antiguidade, o que permite a definição das prioridades (**UCGIC** (2005-12, 2013:3).

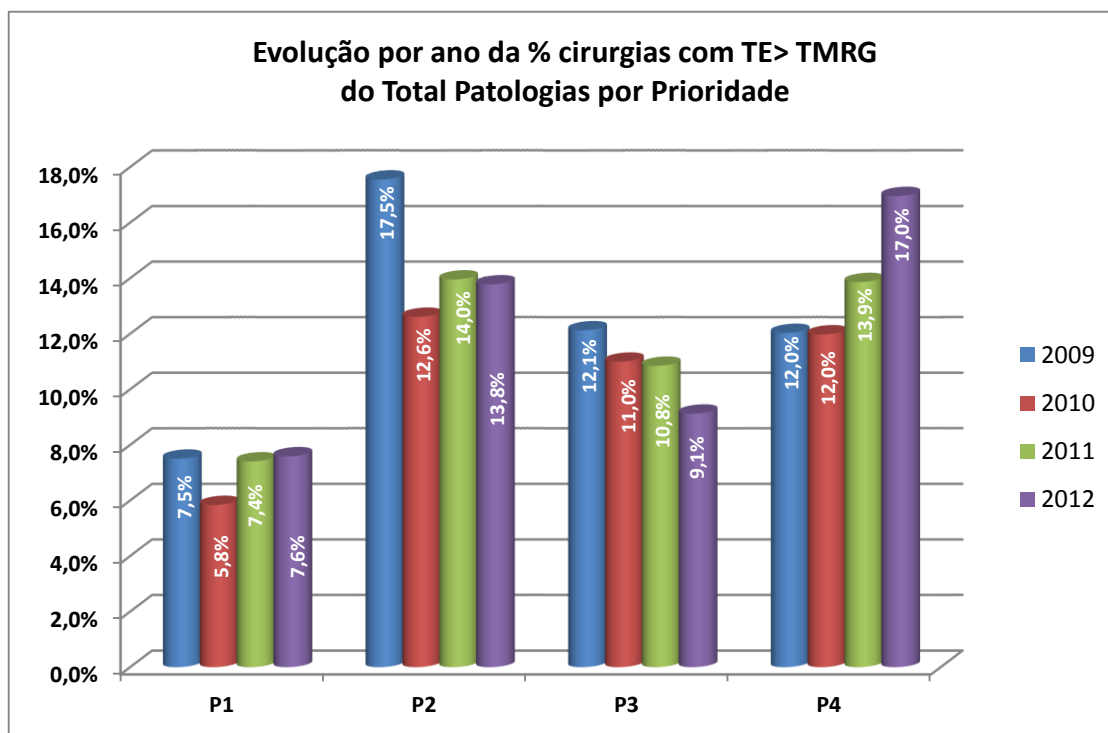
Tendo em conta que ao definir os **TMRG**, se pretende principalmente, minimizar o tempo para acesso dos utentes, à cirurgia, de acordo com os quatro níveis de prioridade clínica estabelecidos (**figura 11**) e ainda garantir, naturalmente, que essa prestação seja realizada em tempo clinicamente aceitável (**OPSS**, 2007:129). Solicitámos assim, à **UCGIC** dados específicos que nos permitissem analisar para os últimos cinco anos (2009-2013)<sup>2</sup> os episódios com **TE**, maior do que o **TMRG**<sup>3</sup>, para o total das patologias e para as neoplasias malignas por prioridade e por região, (**Anexo1**), e extraídos do **SIGLIC** (Indicadores por prioridades e **ARS** relativos aos operados total patologias (**TP**) e neoplasias malignas (**NM**), relativos aos anos de 2009 a 2012.

---

<sup>2</sup> Todos os dados solicitados, à **UCGIC**, foram entregues, excepto os referentes ao ano de 2013

<sup>3</sup> Número de episódios operados de forma programada com tempo de espera superior ao tempo máximo de resposta garantido (de acordo com a respectiva prioridade e patologia), no período em análise.

**Gráfico 1 Percentagem cirurgias por prioridade, com TE superior TMRG, face total cirurgias – 2009 – 2012**

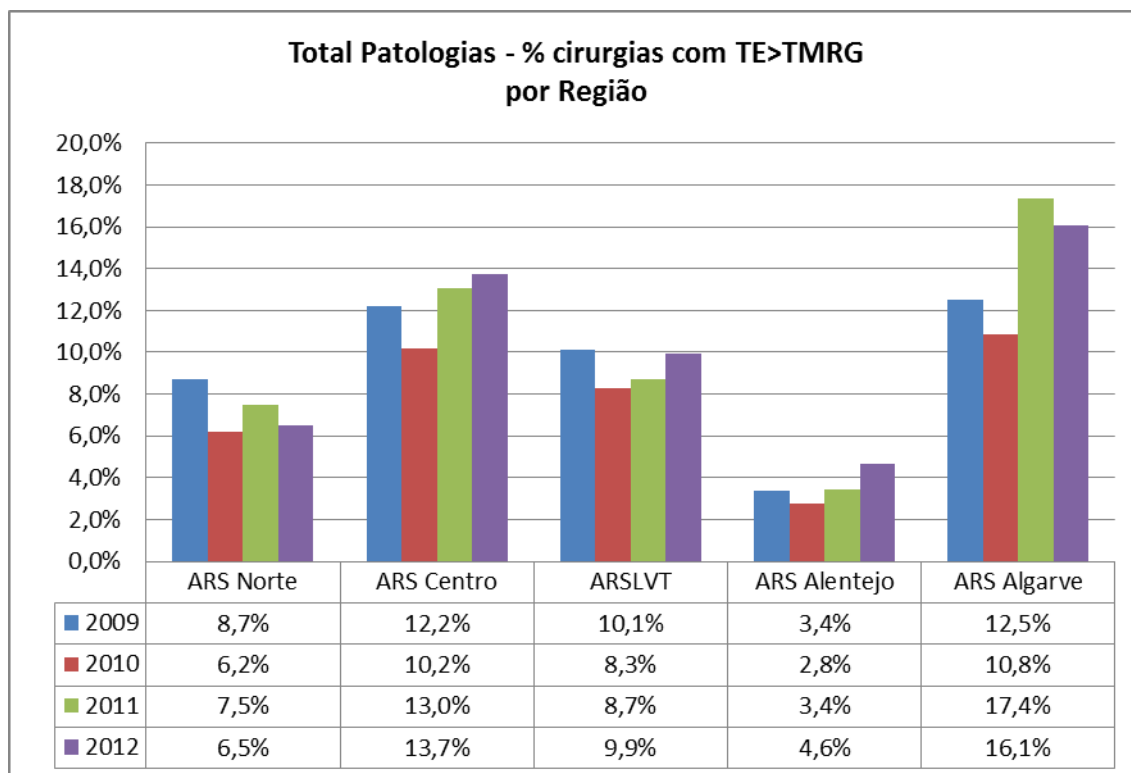


Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pela UCGIC

O **gráfico 1** mostra no período 2009 a 2012 a evolução da percentagem de cirurgias por prioridade com o **TE** superior ao **TMRG**. Pode observar-se que a prioridade clínica com maior variação percentual foi a **P4** que registou um crescimento de 5 pontos percentuais (cerca de mais 800 cirurgias realizadas com **TE > TMRG**). Em sentido inverso regista-se que as prioridades clínicas **P2** e **P3** têm reduções de aproximadamente quatro e três pontos percentuais respectivamente, ou seja, menos 1800 cirurgias realizadas com **TE > TMRG**. Finalmente, pode observar-se que a variação percentual do número de cirurgias de utentes com prioridade clínica **P1**, com **TE** superior ao **TMRG** no período, se manteve estável (7,5% para 7,6%), mas que devido ao enorme aumento de doentes operados nesse grupo de prioridade (quase 58.000), teve aproximadamente mais 5.000 doentes operados com **TE** superior ao **TMRG**.

O **gráfico 2** apresenta os mesmos dados, mas agora na óptica das cinco Regiões de Saúde.

**Gráfico 2 Percentagem de cirurgias com o TE superior ao TMRG, face ao total de cirurgias, a Doentes por Região – 2009 - 2012**



**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados fornecidos pela **UCGIC**

Dos dados aqui apresentados, conclui-se que apenas nas regiões Norte e Lisboa e Vale do Tejo (**LVT**), houve decréscimo da percentagem de cirurgias com o **TE** superior ao **TMRG**, pois nas restantes três regiões essa percentagem aumentou. Foi naquelas duas regiões (Norte e **LVT**) que o total de doentes operados em cirurgia programada aumentou. Pode assim concluir-se que nas três outras regiões, para além do aumento percentual de cirurgias realizadas a doentes com **TE**, superior ao **TMRG**, o número absoluto de doentes operados diminuiu embora posteriormente (2012) e na região Centro essa tendência de evolução já tenha sido invertida, sendo os valores de 2012, já próximos de 2009. Também na região do Alentejo esses números são muito próximos. Já na região do Algarve verifica-se que a tendência se tem mantido constante ao longo do período em análise, sendo que em 2012 voltou a diminuir relativamente a 2011.

A **UCGIC**, como anteriormente foi referido, tem, entre outras funções, a responsabilidade de monitorizar e publicar relatórios (semestrais e anuais) sobre a actividade cirúrgica realizada a nível Nacional. Esses relatórios

actualmente muito completos e abrangentes, analisam os indicadores globais do país, por regiões, patologias e especialidades, relativamente não só, aos hospitais do **SNS**, mas também aos convencionados e com protocolos.

O relatório (Ano 2012) procura apresentar uma análise dos indicadores relativos à actividade cirúrgica programada **TP** ao nível do país e das regiões, estando esta análise organizada em seis partes (**UCGIC** (2012), 2013:31):

- Procura (entradas e episódios em **LIC**);
- Oferta (nº operados);
- Processo (tempos de espera);
- Transferências;
- Qualidade (**TMRG**);
- Capacidade instalada e produtividade.

São apresentados capítulos referentes à actividade em cirurgia de ambulatório e em cirurgia oncológica.

De acordo com o evidenciado, nomeadamente relativamente à quantidade e abrangência da informação disponibilizada nos relatórios da **UCGIC**, e com o propósito de avaliar o acesso dos utentes à actividade cirúrgica, realiza-se uma análise quer à informação, quer aos diferentes indicadores, constantes no Relatório da Actividade em Cirurgia Programada – Ano 2012 e no Relatório síntese da actividade cirúrgica programada – (2005 – 2012), ambos da **UCGIC/ACSS** e relativos aos anos de 2006 e 2012.

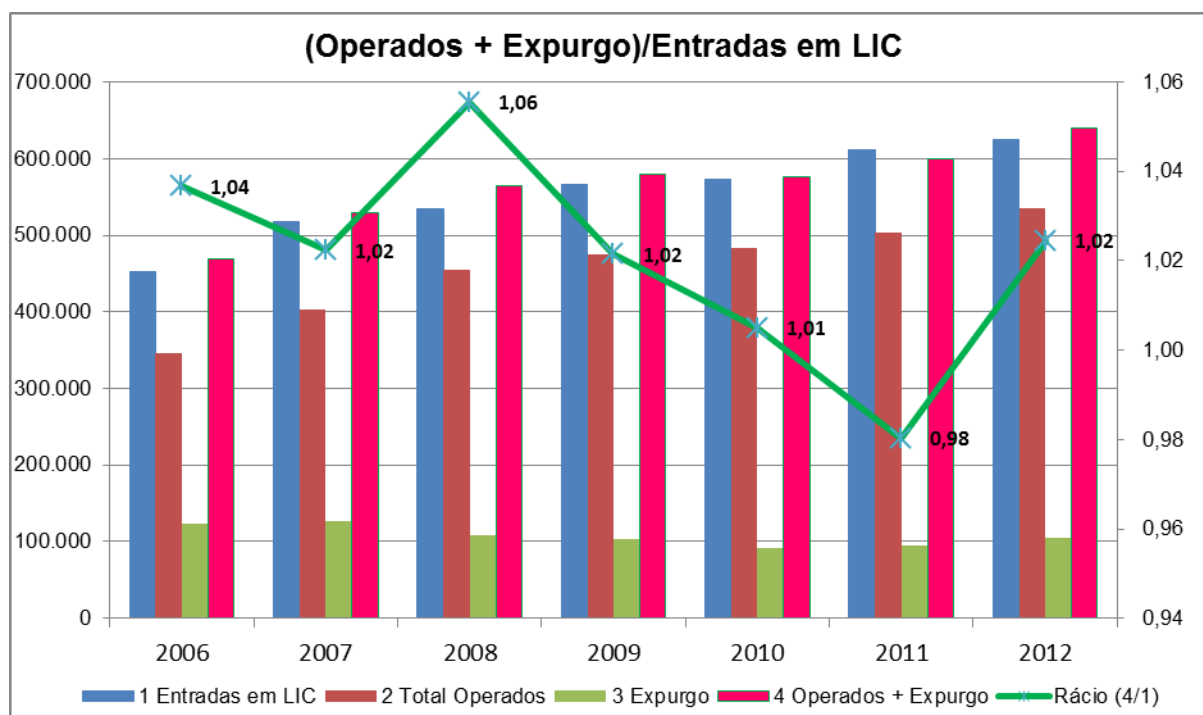
O gráfico seguinte (3), apresenta um rácio entre a adição de dois indicadores da oferta (nº operados e nº expurgo<sup>4</sup>) e um indicador da procura (novas entradas **LIC**), para o período em análise. Se o valor desse rácio for superior à unidade, teremos que o tempo de espera (e a lista) deverá estar a diminuir, já se o resultado for inferior à unidade, teremos muito provavelmente que quer o tempo, quer as listas de espera estarão a aumentar.

---

<sup>4</sup> Uteses inscritos em lista que são excluídos desta sem terem sido operados de forma programada, quer por terem desistido, falecido, operados de forma urgente ou outro.



**Gráfico 3 – Rácio de doentes operados + expurgo face ao nº de Doentes entrados em LIC – 2006 - 2012**

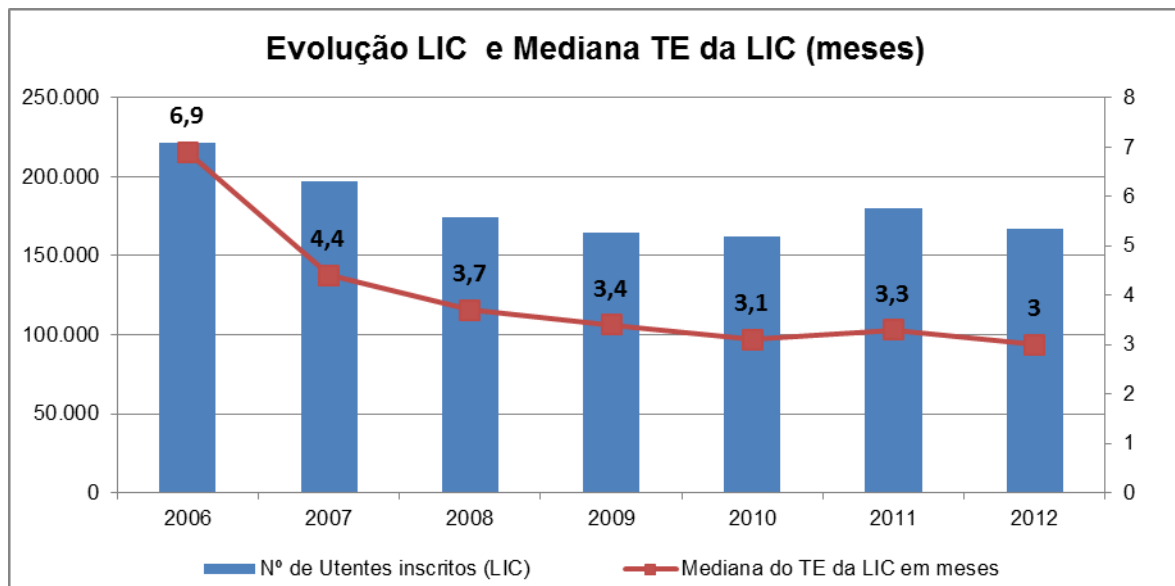


**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados retirados do Relatório síntese da actividade cirúrgica programada – (2005 – 2012) e do Relatório da Actividade em Cirurgia Programada - Ano 2009 da UCGIC

Do **gráfico 3**, podemos então observar, quer o número de entradas em **LIC**, quer o número de operados, cuja evolução tem vindo a ser positiva no decorrer do período em análise. Já o número de expurgos não, ou seja, desde o ano de 2007 tem vindo sempre a diminuir até 2010, altura em que começou a ter ligeiro crescimento. Relativamente à curva do rácio, representativa das saídas da **LIC** (operados + expurgo) face ao número de novos doentes entrados para a **LIC**, podemos referir que a capacidade cirúrgica de resolução da **LIC** não tem registado alterações significativas, apresentando valores superiores à unidade (excepto no ano de 2011), pelo que poderemos depreender que essa capacidade tem sido suficientemente resolutive, indicando ainda que nesses anos as saídas da **LIC** terão excedido as entradas.

Finalmente, no **gráfico 4**, apresenta-se a evolução da procura, nos últimos anos (2006 a 2012), em relação à evolução da **LIC** e analisa-se ainda a evolução da mediana do **TE** da **LIC** em meses para **TP**.

**Gráfico 4 – Evolução da LIC TP e da mediana TE da LIC TP (meses) – 2006 - 2012**

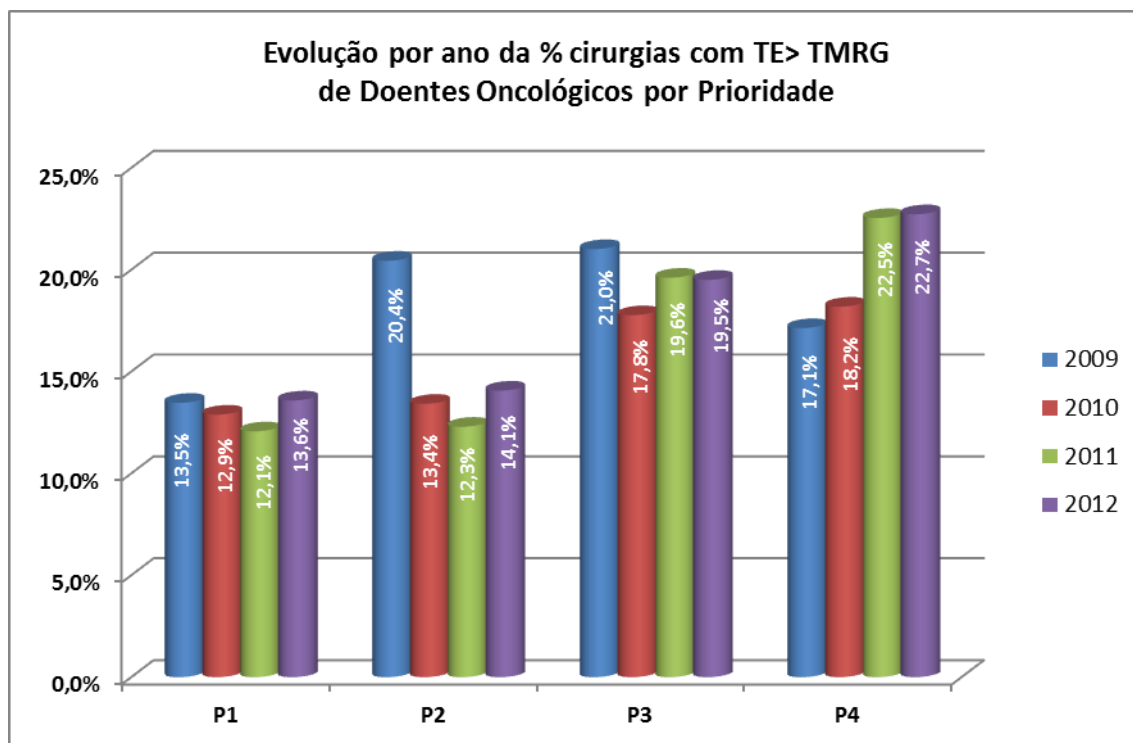


Fonte: Adaptado do Relatório síntese da actividade cirúrgica programada – (2005 – 2012) da UCGIC

Podemos concluir que tanto a **LIC** como a mediana do **TE** da **LIC** (**gráfico 4**) tem vindo a diminuir no período em análise, excepto no ano de 2011 em que ambas aumentaram. É de referir que se analisarmos os mesmos indicadores por região, temos que face a 2011 a tendência do número de utentes em **LIC** a aumentar também se verifica nas regiões **LVT** e Alentejo, bem como o aumento da mediana do **TE** da **LIC**, face ao período homólogo, na região do Algarve.

Relativamente à percentagem de operados por neoplasias malignas (**NM**), no período com o **TE** superior aos **TMRG** (**gráfico 5**), para a respectiva prioridade face ao total de utentes que foram sujeitos a intervenções cirúrgicas, verifica-se que as variações foram muito semelhantes (percentualmente) às verificadas nos operados “total patologias” (**TP**), exceptuando a **P2** (com 6 pontos percentuais de redução de doentes operados (755 doentes) com **TE** > **TMRG**). É de referir, finalmente, que o número de utentes operados na prioridade clínica **P4** com o **TE** superior aos **TMRG** teve um crescimento de cinco pontos percentuais, que reflecte uma variação de 17 doentes, apresentando no entanto uma redução de aproximadamente 200 doentes operados, também para a **P4**.

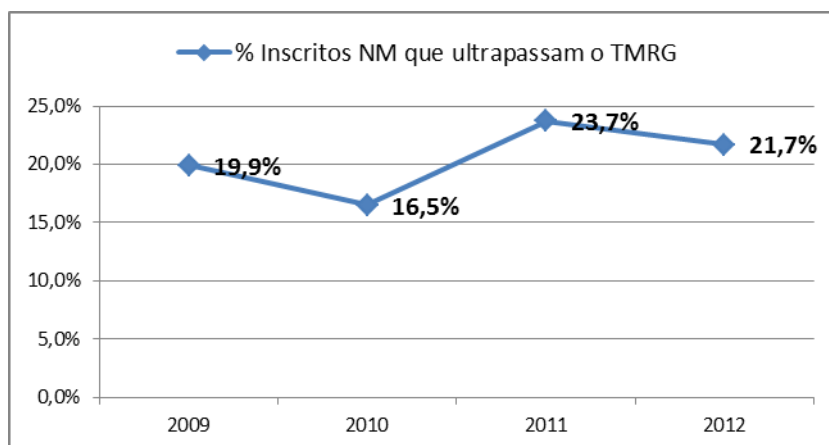
**Gráfico 5 – Percentagem de cirurgias a doentes oncológicos por prioridade, com o TE superior ao TMRG, face ao total de cirurgias a doentes oncológicos – 2009 - 2012**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pela UCGIC

Ao analisar o **gráfico 6**, pode verificar-se que a percentagem de inscritos **NM** que ultrapassa o **TMRG**, tem estado estabilizado. No entanto, e analisando o Relatório (**UCGIC** (2012), 2013:166), constata-se que houve um decréscimo de aproximadamente 33 pontos percentuais entre 2006 e 2012.

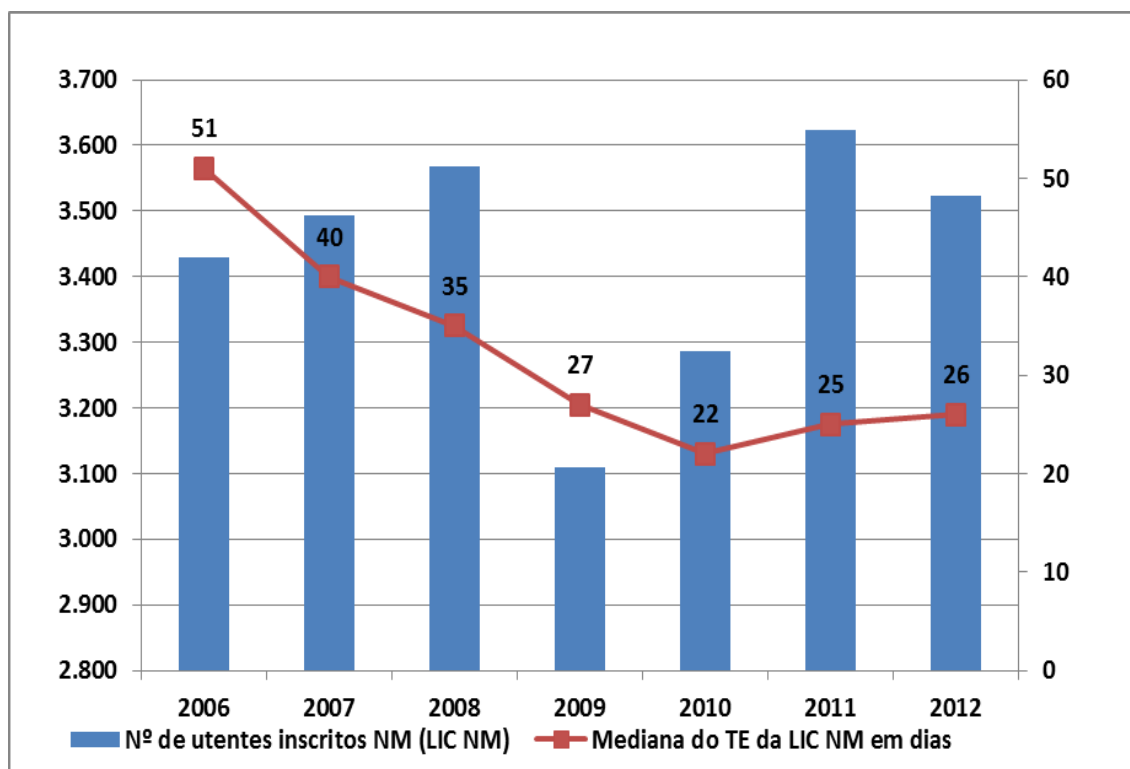
**Gráfico 6 – Percentagem inscritos NM, com TE superior ao TMRG – 2009 - 2012**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados retirados do Relatório da Actividade em cirurgia programada Ano 2012. **UCGIC**

O **gráfico 7** apresenta valores da procura de cuidados de saúde (referentes às **NM**) nos últimos anos, quer ao número de episódios a aguardar cirurgia (**LIC NM**), quer à mediana do **TE** em **LIC NM** a 31 de Dezembro de cada ano. Pode verificar-se com clareza que se o número de doentes em **LIC** tem estado estabilizado no período em análise, já a mediana do **TE** tem vindo a diminuir de forma acentuada (64%) ou 35 pontos percentuais aproximadamente, nos primeiros anos 2006 – 2009, estando desde este último ano e até a 2012 estabilizada.

**Gráfico 7 – Evolução da LIC NM e da mediana do TE da LIC NM - 2006 – 2012**



Fonte: Adaptado do Relatório síntese da actividade cirúrgica programada – (2005 – 2012) da **UCGIC**

Ainda relativamente aos programas de combate às listas de espera, temos que referir a existência do Programa de Intervenção em oftalmologia (**PIO**), programa específico com o objectivo de otimizar o acesso principalmente à cirurgia da catarata, garantindo também o acesso à primeira consulta hospitalar de oftalmologia. Ainda de acordo com a Portaria 1306/2008, de 11 de Novembro, este programa englobava, a contratualização de produção adicional com hospitais do **SNS** (30 mil cirurgias e a realização de 75 mil primeiras

consultas), actividade a executar de 1 de Julho de 2008 a 1 de Julho de 2009, e também a utilização dos hospitais públicos para a constituição de uma rede de centros de elevado desempenho (**CED**) para a cirurgia da catarata. Com o intuito de evitar a duplicação de sistemas de informação, os registos eram todos efectuados no **SIGLIC**.

O Tribunal de Contas realizou uma auditoria de resultados ao **PIO** em 2010 (**TC**, 2010:9), referindo na apreciação global, vertida nas conclusões que face ao objectivo fixado para o **PIO**, a actividade contratualizada representava "(...) cerca de 70% da previsão para a produção cirúrgica à catarata e 64% para a realização de primeiras consultas (...)". Concluindo ainda (devido certamente à taxa de execução apresentada pelo **PIO** de 59% e 41% para a actividade cirúrgica e primeiras consultas respectivamente) ainda que "Os resultados atingidos nas duas linhas de produção, do Programa de Intervenção em Oftalmologia, foram insatisfatórios face às metas inicialmente traçadas." No entanto, o contraditório a este relatório do Tribunal de Contas publicado no Portal da Saúde a 8 de Fevereiro de 2011, afirma que o **PIO** "(...) resolveu, de forma eficaz e duradoura, a dificuldade de acesso dos utentes do **SNS** aos cuidados de oftalmologia, nomeadamente à cirurgia para tratamento das cataratas (...)", acrescentando ainda que as taxas de execução "(...) ficaram acima da produção habitual, 36.446 cirurgias (a meta era 30 mil) e 80.940 consultas (a meta era 75 mil)." Também como a redução na média e da mediana do tempo de espera para 1ª consulta hospitalar e para cirurgia de cataratas respectivamente, tiveram uma diminuição com o programa.

### **2.3. A situação nos países da OCDE**

Um dos problemas mais comuns nos sistemas de saúde, e particularmente naqueles que têm uma estrutura predominantemente pública, são os elevados tempos de espera, normalmente com consequências ao nível da qualidade dos serviços prestados.

Para ilustrar a diversidade de perspectivas, recorre-se à análise de trabalhos realizados por inúmeras organizações (**OCDE**, **HOPE**, *Fraser Institute*, etc.), onde pudemos observar e recolher diversas abordagens, políticas e técnicas

da questão das listas de espera sobretudo em países da **OCDE**, com distintos sistemas de saúde, tentando identificar diferentes hipóteses de resposta, à pergunta “*Why are we waiting?*” (YATES, J., 1987), que, nos últimos anos, tem sido procurada em diversos países.

Este reconhecimento da natureza complexa e multifactorial do fenómeno, associado à pressão sobre os sistemas de saúde, tem levado a uma acentuada desconcentração da discussão e da pesquisa. Tal facto faz com que, por vezes, investigadores e políticos se tenham dispersado em pesquisas com orientação múltipla que, acabaram por conduzir ao abandono da que seria a sequência mais lógica para a abordagem da questão (dar precedência à pergunta de Yates), para procurarem, em abordagens fragmentadas, encontrar soluções para reduzir ou eliminar as listas de espera, o que, verifica-se após análise da diversa literatura, não tem produzido resultados assinaláveis e/ou duradouros.

Com efeito, e apesar da enorme atenção que tem sido dedicada ao tema, a situação não tem conhecido a melhoria correspondente ao esforço feito (**BCMA**<sup>5</sup>, 2006:2), apresentando mesmo na Europa (no máximo) uma relativa estabilidade (*Health Consumer Powerhouse*, 2013:35) (**figura 12**), verificando-se desde 2012 apenas duas alterações: em França e na Grécia (uma em cada sentido).

---

<sup>5</sup> British Columbia Medical Association (**BCMA**, Associação de Médicos do Canadá fundada em 1900)

Figura 12 - Tempos de espera nos sistemas de saúde europeus – 2013



Figure 6.5a. “Waiting time territory” (red) and Non-wait territory (green) based on EHCI 2013 scores.

Fonte: Health Consumer Powerhouse – HCP- 2013:35.

A existência de tempos e listas de espera designadamente para cirurgia electiva constitui um problema recorrente nos países europeus e da **OCDE** em geral, nomeadamente em Portugal onde só conheceu um decréscimo significativo a partir da criação em 2005 do **SIGIC**, um sistema centralizado de gestão dos tempos e das listas de espera (**OCDE**, 2013:237).

Já em 1997, numa reunião da *European Hospital and Healthcare Federation* (**HOPE**)<sup>6</sup>, foi decidido elaborar um projecto, envolvendo Finlândia, Espanha e Irlanda, com o objectivo de analisar as medidas tomadas nos últimos anos para diminuir listas de espera cirúrgicas hospitalares nestes países participantes. Assumiu-se desde logo, que havia diferenças de dimensão geográfica, populacional e dos sistemas de saúde entre os três países envolvidos neste

<sup>6</sup> **HOPE**, é uma organização internacional sem fins lucrativos, criada em 1966. A **HOPE** representa associações públicas e privadas de hospitais e proprietários de hospitais.

projecto, sendo no entanto também possível encontrar semelhanças nas especialidades que apresentam maiores listas de espera, (oftalmologia, ortopedia, etc.). Da análise deste primeiro relatório, que descreve as iniciativas nacionais ou regionais, depreende-se que as abordagens efectuadas para resolver o problema foram diferentes nos três países.

Contudo, das conclusões desse relatório resulta que a gestão das listas de espera cirúrgica deveria ser vista como uma componente para alcançar ganhos em saúde para a população.

Em 1999, foi iniciado um segundo projecto em que também participaram a Suécia e a Holanda, onde se reforça que, embora os objectivos definidos para a redução das listas de espera sejam semelhantes nos vários países, não se atribui a mesma importância em cada um. Nesse relatório, foi também considerado que a eliminação das listas de espera seria um objectivo impossível de alcançar, enquanto os sistemas de saúde forem tendencialmente gratuitos (HOPE, 2001:2).

Como principais motivos para a existência de listas de espera cirúrgicas foram identificados: a falta de recursos técnicos ou financeiros, a falta de pessoal, e/ou a ineficiente gestão das listas de espera, sendo os procedimentos para registo dos doentes nas listas de espera identificado como uma das causas para as diferenças encontradas entre os países.

Decorreu daqui um terceiro relatório (HOPE, 2004), em que foi apresentado o trabalho de acompanhamento (resposta a um questionário) deste último motivo, para as diferenças de tempos de espera entre os quatro países (Finlândia, Irlanda, Espanha e Suécia).

**Figura 13 – Países com e sem tempos de espera**

Waiting and not waiting for elective surgery	
Waiting time	Countries
Yes (14)	Australia, Canada, Denmark, Finland, Greece, Ireland, Italy, New Zealand, Netherlands, Norway, Portugal, Spain, Sweden, UK
No (7)	Austria, Belgium, Germany, France, Luxembourg, Switzerland, USA
Note: Information is for 1999; Japan: missing information.	
Source: Osterkamp (2002).	

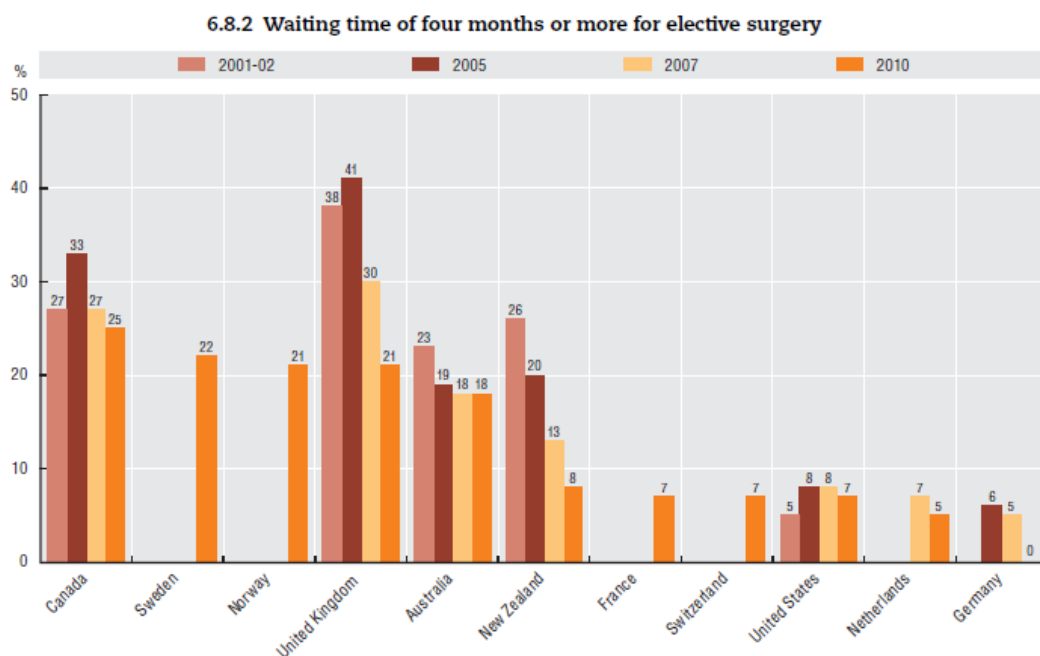
Fonte: (CESifo DICE Report 2005). Waiting for Elective Surgery.



Conforme referido anteriormente, os **TE** para cirurgia electiva são uma das maiores preocupações de política de saúde, em cerca de metade dos países da **OCDE** (**OCDE**, 2003:75), havendo também, conforme podemos ver na **figura 13**, países em que as **LE** não representavam essa preocupação. Situação que, de acordo com o relatório de 2013 da **OCDE** (**OCDE**, *Health at Glance*, 2013:150), se mantém, sendo normalmente países com maiores gastos em serviços de saúde (% **PIB**) e unidades hospitalar com maiores capacidades (**OCDE**, 2013:11).

Só recentemente, através do esforço de algumas organizações internacionais (**OCDE**, etc.) é que a harmonização de conceitos e metodologias para registo, no que se refere às listas e tempos de espera, tem começado a surtir efeito, ou seja, a permitir comparações e análises internacionais mais alargadas (**figura 14**).

**Figura 14 – Evolução tempo espera OCDE**



Source: Commonwealth Fund International Health Policy Surveys.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526027>

**Fonte:** Health at a Glance 2011: **OECD** Indicators © **OECD** 2011

Em 2003, e em média, as listas de espera eram superiores a três (3) meses em muitos dos países, podendo os valores máximos atingir, em alguns casos, vários anos (OCDE, 2003:4), situação que ainda em 2011 se mantinha, conforme se pode observar na **figura 14**.

**Figura 15 – Estratégias políticas de combate às listas de espera cirúrgica**

Policies		Commonly used	Potential effect on waiting times
Supply-side policies	1. Increased production in the public sector by funding extra activity	6/13 countries	Weak
	2. Contracting with private sector	6/13 countries	Weak
	3. Sending patients abroad	3/13 countries	Weak
	4. Increased productivity by introducing activity-based financing (DRGs)	3/13 countries	Medium
	5. Increased choice of providers	5/13 countries	Medium
	6. Improved management of waiting lists		Medium
Demand-side policies	1. Explicit guidelines to prioritise patients	7/13 countries	Medium
	2. Subsidise private insurance	5/13 countries	Weak
Combined policies	1. Waiting-time guarantees	13/13 countries	Weak
	2. With sanctions	3/13 countries	Strong
	3. With choice and competition	6/13 countries	Strong

Source: Based on OECD Secretariat assessment of 13 case studies and review of the literature.

**Fonte:** Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?, OCDE Health Policy Studies, (2013).

Conforme se depreende pela **figura 15**, ao longo da última década, diversas estratégias e programas para redução do tempo de espera para cirurgia electiva, foram tornando-se instrumentos políticos muito frequentes nos países da OCDE (OCDE, *Health at Glance*, 2013:150).

Dentro destas, a medida mais frequente e mais efectiva tem sido a definição, por patologia, de um “tempo máximo de espera garantido” (em Portugal foi **TMRG**), para o que pode normalmente haver as seguintes duas abordagens de implementação:

- Assegurar os recursos, garantindo a prestação dentro do tempo definido;
- Permitir que os doentes recorram a outros prestadores (incluindo privados) cumprindo desta forma o tempo de espera máximo previsto (OCDE, 2013:11).

Houve países (ex. Reino Unido e Finlândia) em que a estes mecanismos estavam associadas penalizações aos prestadores (*targets and terror*).

Estas iniciativas têm tido sucesso, nestes últimos anos, na Dinamarca, Holanda e em Portugal, que associou a esta medida a implementação de um sistema de informação (**SIGIC**) e a definição de **TMRG**, para todos os prestadores, emitindo um vale cirúrgico quando 75% do **TMRG** é atingido.

Quanto às iniciativas pelo lado da oferta, na tentativa de redução ou de eliminação de listas de espera cirúrgica, foram de acordo com a literatura, em grande medida, ineficazes. No estudo inicial realizado pela **OCDE** (2001-04) em 12 países, as iniciativas identificadas como mais usuais, na tentativa de diminuição das listas de espera, foram o aumento de recursos aos prestadores (que ainda continua a ser uma abordagem comum), que como referimos não têm tido muito sucesso a longo prazo. Outra das iniciativas mais comuns tem sido a tentativa de aumento de produtividade através da alteração do método de pagamento aos hospitais (ex. **GDH**). Já do lado da procura, uma das abordagens possíveis, é a tentativa de “transferir” a procura do sector público para o sector privado (através de seguros por ex.), que geralmente não tem tido sucesso. Outra abordagem é a introdução das prioridades clínicas que tem tido algum sucesso principalmente na Nova Zelândia. A implementação das prioridades clínicas pode ser associada (com resultados) aos tempos de resposta garantidos (Austrália e Noruega) (**OCDE**, 2013:12).

### **3. O DESENVOLVIMENTO DO PROJETO**

#### **3.1. Objectivo do projecto**

Após o enquadramento teórico do tema do projecto e clarificado o seu conteúdo com a análise de algumas das particularidades que também contribuem para o aprofundar, importa agora abordar o seu desenvolvimento e estabelecer os objectivos que se pretendem alcançar.

Assim, a avaliação da importância relativa no nosso país, das várias determinantes das listas de espera que correntemente são apontadas como barreiras ao acesso a cuidados de cirurgia electiva em meio hospitalar, é claramente o primeiro dos objectivos deste projecto, mas estes não se devem

esgotar aí, havendo que, num segundo momento, depois de interpretar os resultados, elaborar a proposta de uma estratégia apropriada para dar resposta ao problema.

De facto, situando-se a pesquisa num tema actual e de extrema importância, quer para o sistema de saúde português, quer para os sistemas de saúde da generalidade dos países da **OCDE** - a existência de tempos e de listas de espera no acesso aos cuidados de cirurgia electiva, se o que se pretende claramente num primeiro momento é, no contexto da situação portuguesa, conhecer qual a importância de cada uma delas. Esse conhecimento deve, em momento posterior, permitir uma reflexão sustentada sobre a situação e o delinear de medidas que viabilizem a eliminação ou, pelo menos, a redução do problema.

Já foi referido anteriormente que os factores potencialmente geradores de listas de espera no acesso a cirurgia electiva em meio hospitalar, tanto se situam do lado da “procura” de cuidados como do lado da “oferta” e que as intervenções adoptadas para as evitar ou reduzir, têm variado com o tempo e de sistema de saúde para sistema de saúde, numa daquelas ou em ambas as perspectivas. Pode considerar-se que se a nível geral (da administração dos sistemas de saúde) o enfoque das intervenções se reparte entre a procura e a oferta de cuidados, a nível da gestão das unidades de saúde em que as intervenções têm que ser menos sistémicas e mais institucionais elas privilegiam a oferta (WILLCOX, S., *et al.*, 2007:1080).

Nestes termos, compreender-se-á que, sendo este trabalho integrado num Mestrado da área da Gestão de Organizações de Saúde, sem pôr de lado outras vertentes, se dê particular relevo às determinantes relacionadas com a oferta e, dentro destas às de natureza interna, isto é, às que são ou podem ser mais apropriadamente controladas no plano interno de cada organização de saúde pela sua gestão.

Assim, este projecto tem como objectivos gerais:

- Descrever e caracterizar o estado da arte, relativamente aos tempos e listas de espera cirúrgicas e soluções ensaiadas para as resolver;

- Contribuir para a reflexão e o debate sobre as determinantes (causas) das listas de espera para cirurgia electiva, no sistema de saúde português;
- Potenciar a utilização da informação referente às listas e tempos de espera, disponibilizadas pelo **SIGIC/UCGIC**.

Tendo como objectivo específico:

- Avaliar a importância das determinantes das listas de espera e procurar formular um conjunto de sugestões e recomendações que possam contribuir para minorar o impacto dessas determinantes.

### **3.2. Caracterização do projecto**

Delimitado o tema, precisado o seu conteúdo, definidos os objectivos gerais e específicos do projecto e isolado o problema que dentro do tema irá ser objecto de aprofundamento, há que passar à definição do caminho que irá permitir, com rigor, atingir aqueles objectivos dando resposta à questão de investigação, ou seja, apurar as razões pelas quais, em Portugal, os doentes esperam com elevada frequência por intervenções de cirurgia electiva em meio hospitalar.

Um projecto de investigação enquadra-se, normalmente, num de três tipos (GOODE & HATT, 1981):

- Exploratório quando tem por finalidade aprofundar ou alargar conhecimentos pouco elaborados ou escassos, abrindo caminho a novas pesquisas;
- Descritivo se tem por finalidade obter informação (longitudinal ou transversal) sobre um problema ou situação. Com ou sem a apresentação de hipóteses, ordena e interpreta a informação a recolher e permite comparações e a formulação de novas hipóteses;
- Explicativo se tiver por finalidade relacionar variáveis identificadas, verificando eventuais relações causais.

O presente projecto pela natureza do tema, pelo modo como foi apresentado e porque, fundamentalmente, pretende obter mais informação sobre uma dada

situação, tem características predominantemente descritivas muito embora se lhe pretendam também atribuir potencialidades explicativas relativamente à situação que se vai recolher e analisar.

Posto isto, o percurso do projecto passa agora pela definição de uma apropriada metodologia.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. A investigação**

Definido o objecto de estudo e de acordo com o objectivo do projecto, face às questões com ele relacionadas, formulou-se a principal questão de investigação deste projecto:

“Porque existem listas de espera?”

Tendo, no entanto, em conta que a prossecução dos objectivos definidos para um projecto de investigação, exigem a concepção de uma metodologia que impõe a obtenção de resposta a diversas questões das quais salientamos duas que surgem logo inicialmente:

- a) Qual o instrumento de colheita de dado mais apropriado?
- b) Como desenvolver essa colheita de dados?

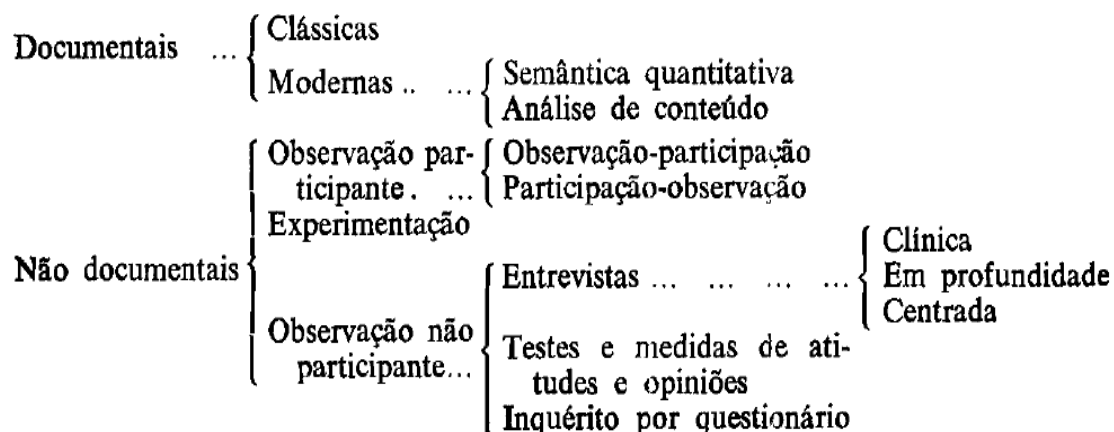
Neste contexto, a tentativa de identificação das razões determinantes da existência de listas de espera em Portugal e o apuramento da importância em termos relativos dessas determinantes, constituem o primeiro passo da investigação propriamente dita.

O tipo de questão formulada, os objectivos que lhe associamos e o facto de se tentarem analisar, as diversas especialidades cirúrgicas e todo o país continental, associado às limitações temporais para o desenvolvimento do projecto (um semestre escolar) são decisivos para a escolha da técnica de colheita de dados a utilizar.

## 4.2. A colheita de dados

Almeida e Pinto (1995:392), na Teoria e Investigação Empírica nas Ciências Sociais, enumeram as técnicas de pesquisa em Ciências Sociais (**figura 16**) de acordo com o seguinte quadro:

**Figura 16 – Classificação das Técnicas de pesquisa em ciências sociais**



**Fonte:** Almeida, J. F. E Pinto, J. M. (1995), "A Investigação nas Ciências Sociais" Lisboa: Editorial Presença., pág. 392.

Graça (2004:58) reconhece que numerosas técnicas de recolha de dados estão à disposição dos investigadores, dependendo a escolha de uma da natureza do tipo de variáveis e do desenho da investigação, acrescentando que a sua escolha deve ser bastante "(...) criteriosa e fundamentada, já que a recolha de dados é quase sempre a parte mais dispendiosa (em tempo, trabalho e dinheiro) do projecto de investigação."

Ou seja, foi necessário definir a técnica de colheita de dados a utilizar, de entre as mais recomendáveis.

Para um trabalho deste tipo, são normalmente apontadas, técnicas em que se destacam (BAILEY, D. 1997:94), (LESSARD-HEBERT, M. *et al*, 1990:143) (MORSE, J.; FIELD, P., 1995:89):

- A entrevista;
- O questionário.

Relativamente à entrevista, segundo Graça (2004:59) existem na prática três tipos de entrevista (clínica, em profundidade e centrada), usados em

investigação. Saliente-se ainda que, acrescentam que o modelo varia desde a totalmente padronizada (perguntas fixas) à não estruturada (MORSE, J.; FIELD, P. A. 1995:89).

A entrevista, até pela limitação dos recursos disponíveis, não foi julgada vantajosa para suportar a colheita de dados neste projecto (LESSARD-HEBERT *et al*, 1994:160).

Relativamente ao questionário, este pode ser descrito como um documento através do qual é recolhida a informação necessária e, em particular, as respostas dos inquiridos sobre um dado problema mas não pode ser considerado como uma simples lista de questões, nem tem sequer que se apresentar sob a forma interrogativa (BAILEY, D., 1997:96).

Segundo Graça (2004:67) esta "(...) é, sem dúvida, a técnica que tem sido mais privilegiada pela investigação empírica.", sendo a sua administração habitualmente realizada por via directa ou por via indirecta, podendo ser administrado por via postal, por telefone ou por e-mail, com questões abertas ou fechadas consoante a liberdade de que o inquirido disponha para as suas respostas, o questionário é pois um bom suporte material para colher dados que permitam desenvolver um plano de investigação (GOODE, W.; HATT, P., 1981:133).

Dos instrumentos de colheita de dados primários que referimos, o questionário é o mais objectivo e o menos dispendioso, sobretudo quando a colheita de dados tem condicionantes geográficas. O questionário garante o anonimato e a liberdade de expressão permitindo uma maior ponderação das respostas, sendo indicado para colher dados relativos ao que o inquirido sabe sobre determinados factos, quer em termos da sua identificação, quer da opinião que sobre eles tem.

O questionário surgiu assim como um apropriado elemento de pesquisa desde que sejam superados outros problemas que suscita, relacionados com a necessidade de agregação consistente das posições individuais recolhidas, num discurso único, viabilizando o apuramento de uma posição mais ou menos comum que, tendo envolvido discussão, não é apenas uma construção do investigador.



### 4.3. O questionário

A escolha do questionário a utilizar representa pois uma importante opção inicial, associada ao facto da questão de investigação e os objectivos do projecto (que incluem uma sua aplicação mediata) exigirem que o seu conteúdo tenha uma qualidade e aplicabilidade não só convincentes mas também com potencialidades para suportar a concretização dos objectivos propostos.

A construção no âmbito deste projecto de um questionário que obedecendo aos requisitos referidos facilitasse uma utilização com segurança no quadro dos objectivos traçados, foi logo colocada fora dos planos de desenvolvimento do projecto pois, ou seria uma construção de tipo teórico (uma eventual síntese do que a literatura tem produzido), ou então teria que se desenvolver um projecto de pesquisa autónomo para o construir. Projecto que, cronologicamente, teria que ser obviamente prévio em relação à sua aplicação, o que, face aos limites temporais do projecto já referidos, inviabilizava a sua concretização.

Assim sendo, e optando-se pela utilização de um questionário já existente e já utilizado, a sua escolha foi dominada por critérios de tipo qualitativo em que sobressaíam, para além de questões formais como a da autorização, a exigência de uma prévia utilização com sucesso em estudos de natureza empírica do mesmo tipo.

Durante o trabalho de pesquisa realizado para aprofundar o tema deste projecto que exigiu uma pesquisa alargada, sobressaiu o trabalho sobre listas e tempos de espera realizado no Canadá e a consistência dos resultados obtidos ao longo dos anos, merecendo destaque, a pesquisa desenvolvida pelo *Fraser Institute*, uma organização canadiana independente, sediada em Vancouver mas com escritórios noutras cidades do Canadá.

Criada em 1974 e dedicada à investigação, atua nas áreas da Saúde e da Educação tendo como objectivo estudar, medir e divulgar o impacto das políticas sociais no bem-estar dos indivíduos e da comunidade (*Fraser Institute*, 2012). O *Fraser Institute* mantém um processo externo (e cego) de *peer review* sobre os seus processos de investigação extremamente rigorosos.

O *Fraser Institute* que não aceita subsídios do Governo nem pagamentos pela sua investigação, vive de contributos de cidadãos, de organizações e de fundações. Desenvolve e publica, em alguns casos periodicamente, uma série de relatórios sobre temas económicos, de saúde, de educação e outros da área social. Um dos relatórios anuais que passou a constituir uma referência na literatura sobre o tema chama-se “*Waiting your turn: Wait times for Health Care in Canada*” (*Fraser Institute*, 2012) e é dedicado ao problema dos tempos e das listas de espera que é considerado, também no Canadá um importante problema a nível da administração da saúde.

Em 2013, o *Fraser Institute* publicou o seu 23º (o 1º foi publicado em 1990) relatório anual sobre o tema que se baseia no estudo das respostas de médicos canadianos a um questionário da autoria do próprio *Fraser Institute*. A taxa de resposta dos médicos canadianos ao questionário foi de 21%, tendo sido recebidas 2.160 respostas, de doze (12) especialidades médicas, oriundas de dez (10) Províncias Canadenses.

A análise desta experiência, de abordagem do problema a partir das respostas de médicos a um questionário conciso, mas que expõe as razões (entre outras) recorrentemente apontadas na literatura como determinantes dos tempos e das listas de espera, foi decisiva para a escolha do questionário a utilizar neste projecto para obter respostas à pergunta que constitui a sua questão fulcral:

Porque se espera em Portugal para acesso a cirurgia electiva?

Respostas essas que depois, com recurso à técnica *Delphi*, tentaremos que sejam consensualizadas.

Optou-se, assim, por utilizar parte do Questionário do *Fraser Institute* (as questões 5 e 6 do *The Fraser Institute National Waiting List Survey questionnaire* – **Anexo II** (*Fraser Institute*, 2012:86), assim que foi obtida a respectiva autorização para utilização, **Anexo III**), traduzido, adaptado e a que foi acrescentada uma escala ordinal em que 5 será "elevado impacto" e 1 será "reduzido impacto".

#### **4.4. O painel *Delphi* e seu desenvolvimento**

Para obter a referida consensualização, optou-se por recorrer à técnica *Delphi*, um método criado e desenvolvido na década de 50 do século passado pela *Rand Corporation* em Santa Mónica, Califórnia, tendo como objectivo obter a mais fiável posição consensual de um grupo de peritos (DALKEY, N. HELMER, O. 1963). A técnica *Delphi* permite a colheita sistemática e a agregação de juízos ou opiniões de peritos com conhecimentos nivelados sobre questões ou problemas específicos, combinando apropriadamente opiniões de pessoas experientes e razoáveis no sentido da formulação de juízos comuns (THANGARATINAM, S.; REDMAN, C. 2005:121), (BOWLING, A., 2002:3).

Partindo do princípio que o saber não é absoluto, baseia-se no princípio de que “n cabeças valem mais do que uma” (HSU, C.; SANDFORD, B., 2007:1) e procura combinar as vantagens do “(...) painel – grupo de peritos em que a qualidade individual e do grupo substitui a extensão da consulta - com as vantagens da iteração da emissão de juízos e do anonimato” (POWELL, C., 2002:378).

Criada para a realização de estudos na área militar, é hoje utilizada com múltiplas finalidades em diferentes áreas (OKOLI, C.; PAWLOWSKI, S., 2004:15), (HSU, C.; SANDFORD, B., 2007:1). No fundo, é uma técnica ou método de investigação usada para facilitar a abordagem de problemas complexos, recorrendo a um processo de comunicação estruturada e que tem utilização crescente em planeamento, gestão, medicina, enfermagem, educação e no campo social em geral (BOWLING, A., 2002:2).

Ainda que aplicada com diferentes finalidades específicas em variadas áreas, a técnica *Delphi* tem sempre características comuns (REIS, V., 1986:114):

- Recorre a painéis de peritos (pelo menos de conhecedores da matéria) para colher informação ou dados;
- Desenvolve-se através de questionários (actualmente por via ou de e-mail ou de plataformas de questionários online) repetidos e intercalados com a devolução da informação recolhida anteriormente do painel. A iteração e a retroacção da informação ao permitir, perante as opiniões do painel, a reapreciação e a reformulação das

opiniões antes emitidas visa e permite a obtenção de um consenso ou, caso tal não se verifique a identificação das divergências de opinião;

- Garante o anonimato dos membros do painel, uns em relação aos outros e das suas respostas;
- Sumariza, habitualmente em quadros estatísticos simples a informação colhida em cada volta, promovendo através da sua devolução e subsequente reenvio, uma verdadeira discussão do tema.

O recurso a esta técnica é crescente, mas importa referir que, tendo claros aspectos positivos, também exige algumas cautelas apesar de tudo, ultrapassáveis (BLACKWOOD, B., 2009), (HSU, C. *et al.*, 2007:5).

Quanto aos aspectos positivos:

- Permite, através do anonimato, eliminar o efeito de personalidades dominantes e superar eventuais inibições;
- Confere a possibilidade de uma participação em base de igualdade, isto é, sem interferências;
- Facilita a participação de pessoas que por razões de disponibilidade de tempo ou geográficas, não poderiam participar noutro tipo de técnicas de grupo;
- Reduz a pressão para a unanimidade já que assegura que a resposta de cada um está agregada em cada resposta do painel.
- É uma técnica simples que não exige aptidões especialmente desenvolvidas para sua concepção e implementação.

Quanto às cautelas necessárias:

- É uma técnica relativamente lenta (a iteração que a caracteriza passa de duas (mínimo) a quatro voltas);
- Não faculta o estímulo que a discussão presencial propicia;
- Exige cuidado com a constituição do painel de peritos, pois, se for demasiado homogéneo, isso pode enviesar os resultados e se os

conhecimentos dos peritos forem desnivelados, pode ocorrer o mesmo;

- A linguagem deve ser clara exigindo-se que, antes de ser lançado, seja testado em toda a sua extensão.

Definido que foi o instrumento de colheita de dados e a técnica de agregação da informação colhida a utilizar, outros problemas de tipo metodológico se colocavam:

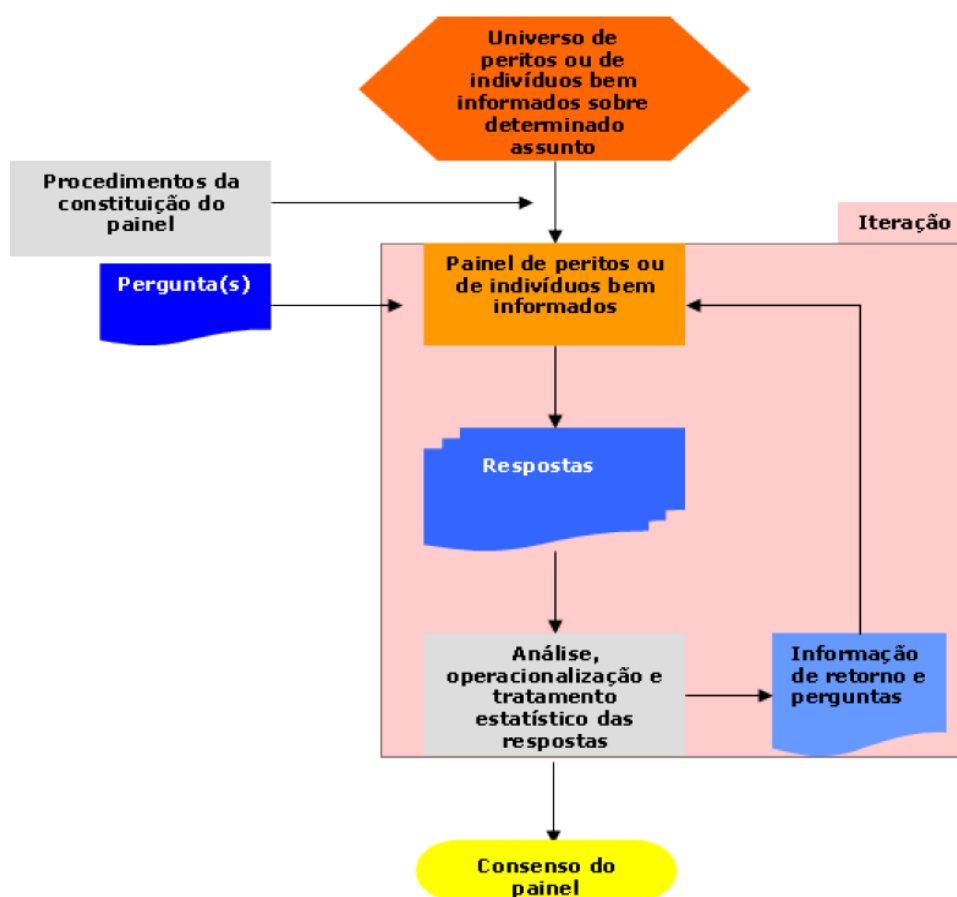
- Um que tinha a ver com a composição e a dimensão do painel de peritos a utilizar na técnica *Delphi*;
- Outro que tinha a ver com os suportes para a informação a devolver aos inquiridos (selecção, adaptação, tradução, pré-teste);
- Finalmente, era necessário delinear o processo de condução da técnica *Delphi* e designadamente as especificações necessárias para os membros do painel utilizarem univocamente os questionários e a informação devolvida no fim de cada volta.

Para obter as mais adequadas respostas às questões formuladas pareceu que o mais correto seria dirigi-la a médicos e particularmente a médicos que, em Portugal e nos diferentes tipos de hospitais, trabalhem com a questão dos tempos e das listas de espera para cirurgia electiva aos seus doentes. O conjunto de peritos seleccionados teve ainda por base a sua distribuição quer geográfica quer por especialidade.

#### **4.5. Exploração da técnica**

O processo utilizado no decorrer da aplicação da metodologia *Delphi* é bastante flexível (POWELL C., 2003:378), havendo no entanto alguns procedimentos indispensáveis para a utilização da mesma, conforme é ilustrado pela **figura 17** (JUSTO, C., 2005:4).

**Figura 17 – Processo da formação do consenso na técnica Delphi**



**Fonte:** OPSS - Justo, C. (2005), "A Técnica Delphi de Formação de Consensos"

Conforme se referiu, este é um método que é essencialmente marcado pelo anonimato e pela interacção com *feedback* controlado das respostas do grupo, sendo que a nível prático, o desenvolvimento de um estudo *Delphi*, consiste na realização de uma sucessão de questionários, correspondendo cada questionário a uma ronda, ao responder a um inquérito, neste caso definindo a ordem de importância, de cada item.

De seguida, apresentamos sucintamente a forma como a técnica de *Delphi* foi desenvolvida:

- a) Selecção do questionário, que foi escolhido de acordo com as razões atrás referidas e que, após tradução apresentava, para além da resposta a uma questão inicial e introdutória, sobre se no último ano, a dimensão das listas de espera que conhece teria aumentado, diminuído ou permanecido igual, solicitava aos peritos que respondessem, ordenando com recurso a uma escala ordinal cinco das sete

determinantes dos tempos e listas de espera constantes no referido questionário do *Fraser Institute*. Na primeira volta houve ainda a possibilidade de perante a determinante Outra, Qual?, apresentar sucintamente uma ideia adicional que pudesse complementar/explicitar a opinião e experiência de cada perito.

- b) Elaboração de uma primeira versão do questionário, posteriormente submetida (a um grupo de peritos excluído do painel final), para um pré-teste, para validar a coerência e a tradução do questionário, até à sua versão final. O pré-teste do questionário visa a sua validação, esta fase pode ser executada com a colaboração de um pequeno número de pessoas pertencentes a meios profissionais diferentes do investigador. Os inquiridos deverão não apenas fornecer as respostas às perguntas, mas também desenvolvê-las, complementando-as com comentários e observações sobre o significado que lhes atribuem de forma a confirmar que este é realmente aplicável com êxito no que toca a dar uma resposta efectiva aos problemas levantados pelo investigador. Para a validação e aplicação do questionário seguiram-se as orientações de Ghiglione e Matalon (1997) e Carmo e Ferreira (1998);
- c) A escala utilizada para definir a ordenação das determinantes nas respostas dos membros do painel, foi uma escala ordinal que variava entre o cinco (elevado impacto) e o 1 (reduzido impacto), sendo que obrigatoriamente (em cada ronda) cinco das sete determinantes tinham de ser valoradas.
- d) Os peritos foram seleccionados de acordo com diversos critérios, como atrás se referiu, nomeadamente serem: reconhecidos pelos pares como representativos no seu grupo, possuírem experiência e conhecimentos relevantes, bem como capacidades para “acrescentar valor” ao grupo. A lista com os 52 peritos médicos com responsabilidade nas diversas especialidades cirúrgicas (de dez especialidades cirúrgicas e ainda anesthesiologists e dois médicos com muita experiência em codificação/UHIC) que foram escolhidos para integrar e constituir o painel e a sua distribuição pelos hospitais e centros hospitalares do País (onze) consta do **Anexo IV**. Ou seja, pareceu-nos tratar-se de um conjunto de individualidades, que quer pelos conhecimentos sobre o

sistema de saúde, quer pelo seu envolvimento e pela sensibilidade para a temática, seria adequado para responder ao questionário.

- e) Após o desenvolvimento destas fases iniciais e preparatórias, passamos então à descrição da técnica *Delphi*, onde utilizámos uma plataforma de questionários *online*, que facilitou a interação e aceleração de todo o processo.
- f) Tendo consciência que, apesar da elevada diferenciação do grupo de peritos, poderia haver assimetria de informação, a abordagem de cada uma das “voltas” foi sempre suportada por informação e tópicos (tendencialmente neutros) relativos ao tema.
- g) Na primeira volta enviou-se o questionário inicial (**Anexo V**), estruturado como atrás referimos, era composto por uma questão inicial e introdutória e que solicitava aos peritos que respondessem, ordenando com recurso à escala ordinal cinco das sete determinantes dos tempos e listas de espera constantes no questionário, bem como complementar a sua opinião e responder a uma pergunta “aberta”, onde os peritos poderiam propor uma nova “determinante”;
- h) Após análise e tratamento das respostas obtidas, devolveu-se o questionário onde se incluía: distribuição percentual e das pontuações atribuídas a cada uma das sete determinantes apresentando os vários itens por ordem de importância (o **Anexo VI**, contém a documentação utilizada na comunicação com os membros do painel);
- i) Após esta segunda volta, solicitou-se ao grupo de peritos nova classificação à luz desta informação;
- j) Tratadas as respostas foi comunicada a informação de retorno (JUSTO, C., 2005:7), solicitando aos peritos para reformularem as ordenações apresentadas na segunda volta e assim sucessivamente até à quarta ronda (**Anexo VII**);
- k) Analisados os resultados da quarta volta, verificou-se continuar a existir alguma dispersão das respostas, pelo que considerámos esses resultados como finais.



## 5. RESULTADOS

### 5.1. Apresentação de Resultados

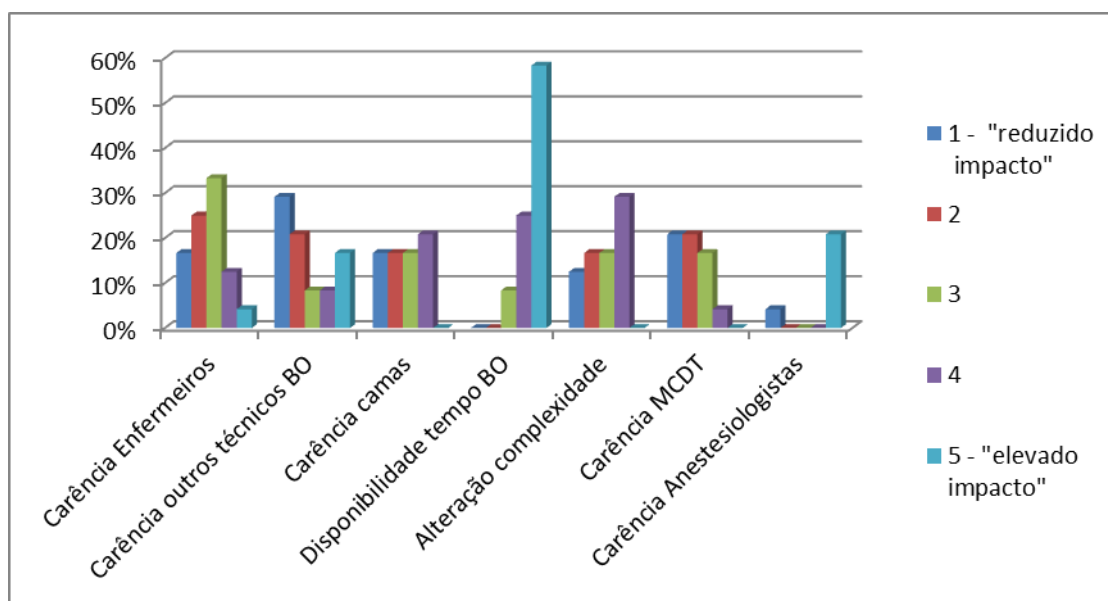
Neste Capítulo pretende-se apresentar em forma de gráficos e quadros, os resultados do presente projecto de investigação e, em particular, os resultantes da aplicação da técnica de *Delphi* utilizada.

Tinha-se como objectivo, com a aplicação da técnica de *Delphi* ordenar em importância (utilizando uma escala ordinal), várias determinantes de tempos e listas de espera que o questionário escolhido para o exercício propunha, de modo a procurar resposta à principal questão de investigação deste Projecto: "Porque existem listas de espera em Portugal?"

Como atrás se referiu, para obter a mais adequada resposta à questão, pareceu que o mais correto seria dirigir o questionário a médicos e a médicos com experiência da situação e, em particular, a médicos que, no último ano tivessem vivido situações de mudança a nível dos tempos de espera dos seus assistidos.

Dos cinquenta e dois peritos médicos envolvidos no painel vinte e cinco (25), ou seja, aproximadamente 48% responderam às quatro voltas do questionário.

**Gráfico 8 – Técnica *Delphi* - Resultados da 1ª volta**



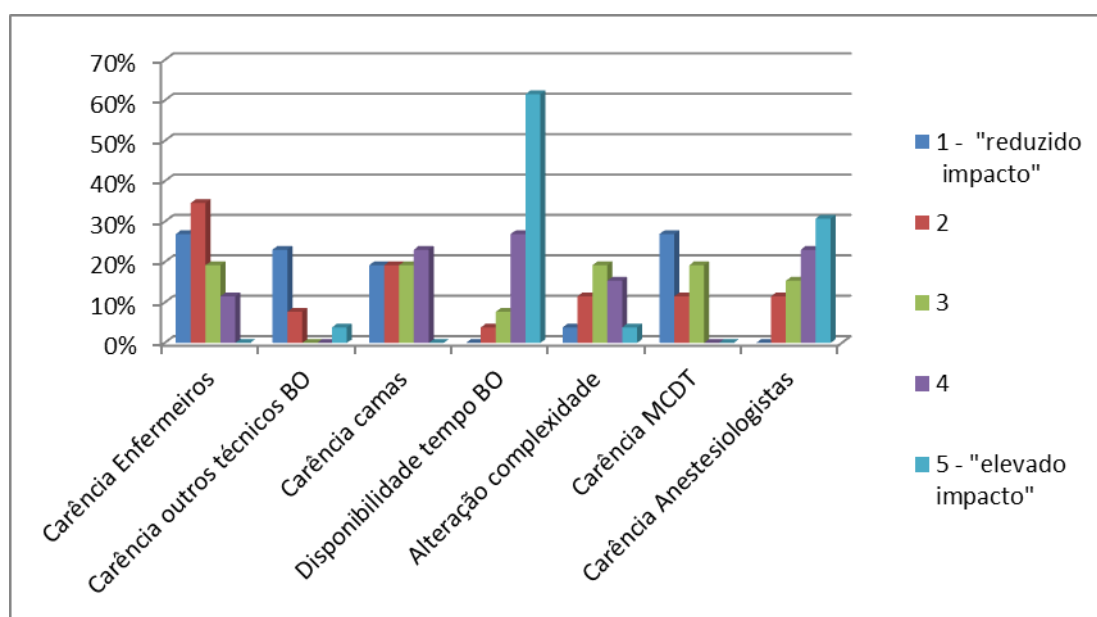
Na primeira volta, verificou-se (**Gráfico 8**) uma grande concentração de votos na determinante “Disponibilidade de tempo de bloco operatório” que foi considerada como “com elevado impacto” tendo até um consenso significativo (58%) para uma primeira volta.

No entanto, nesta primeira volta, houve uma situação distinta relativamente às restantes.

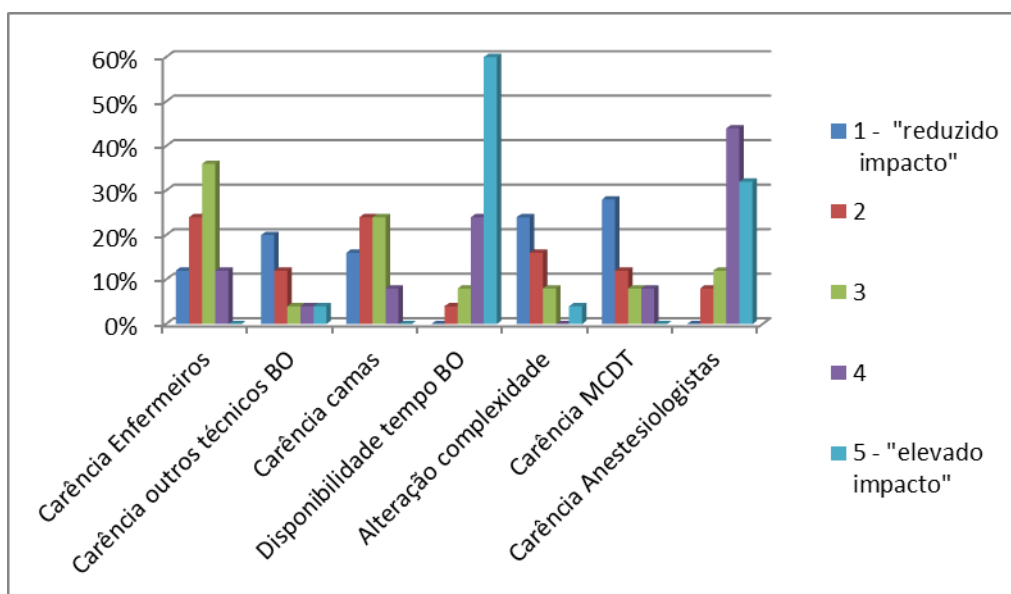
É que existia uma questão aberta, “Outra. Qual?”, em que era permitido aos peritos complementar a sua opinião, no caso de considerarem que as alternativas apresentadas não iam ao encontro da sua opinião expondo sucintamente uma ideia adicional.

Daqui resultou que 63% dos peritos consideraram ser necessário especificar uma outra determinante, “a disponibilidade de anestesiológicos”, o que não aconteceu nas restantes 3 rondas que já não tiveram questões abertas.

**Gráfico 9 – Técnica *Delphi* - Resultados da 2ª volta**



**Gráfico 10 – Técnica Delphi - Resultados da 3ª volta**



Na segunda e terceira volta (**Gráficos 9 e 10**), os resultados obtidos indicam-nos que se manteve a concentração na determinante “Disponibilidade de tempo de bloco operatório” mas tendo havido uma diminuição da dispersão da segunda para a terceira volta, relativamente à segunda e terceira determinantes consideradas, respectivamente: “Disponibilidade de Anestesiologistas” e “Disponibilidade de Enfermeiros no bloco operatório (BO)”.

**Quadro 1 - Técnica Delphi – Resultados Globais da 4ª volta**

Determinantes	Resultados Globais da 4ª Ronda					Total Pontos
	1	2	3	4	5	
1. Disponibilidade de enfermeiros no bloco operatório	20%	28%	32%	12%	0%	55
2. Disponibilidade de outro pessoal técnico no bloco operatório	28%	16%	0%	4%	0%	19
3. Disponibilidade de camas	4%	28%	28%	8%	4%	49
4. Disponibilidade de tempo de bloco operatório	4%	0%	8%	32%	52%	104
5. Alteração na complexidade da casuística	16%	12%	12%	8%	4%	32
6. Disponibilidade meios complementares diagnóstico (exp. RM, TAC) ou Consultas	20%	4%	8%	8%	4%	26
7. Outra. Disponibilidade de anestesiologistas no Bloco Operatório	8%	12%	12%	28%	36%	90

Na última volta (**Quadro nº 1**), dos resultados apurados, pode-se concluir ter sido obtido um consenso razoável já que os peritos consideraram (aliás em

todas as rondas sem excepção) que a “Disponibilidade de tempo de bloco operatório”, era a determinante com mais “elevado impacto”.

## 5.2. Discussão de Resultados

Como foi referido ao longo deste projecto, a prestação de cuidados de saúde, implica a constituição e a coordenação de uma rede muito heterogénea de contributos que envolvem recursos humanos de diferentes áreas da prestação, actos de diagnóstico, outros procedimentos muito complexos e diversificados, intervenções terapêuticas, períodos de hospitalização, etc.

Isto é, para além da espera por uma consulta ou por uma cirurgia, o acesso às prestações de saúde, também envolve tempos de espera de tipo processual, variáveis consoante as necessidades do doente e as tecnologias que se procuram e que também podem variar, quer de hospital para hospital, quer de sistema de saúde para sistema de saúde.

Sendo a necessidade de esperar por cuidados de saúde uma característica comum aos sistemas de saúde, compreende-se que as medidas preconizadas e/ou adoptadas para reduzir as listas de espera, sejam muito diversificadas e que, se muitas delas têm tido resultados positivos, permaneçam ainda inúmeros desafios.

Também por isso e analisando *a posteriori* o questionário utilizado, temos que compreender que as questões suscitadas se enquadram em dois grupos distintos (BARUA, B., 2011:4): de um lado o aumento da procura de cuidados (no caso cirúrgicos), vertente onde encontramos a “Alteração na complexidade da casuística”, dos doentes, ou seja, factores clínicos para inclusão de uma pessoa na lista de espera e, do outro lado, todas as restantes determinantes situadas na vertente da oferta de cuidados, mais concretamente a capacidade da oferta, que dividiríamos também em dois subgrupos:

- Capacidade a nível de recursos humanos (disponibilidade de anesthesiologistas, disponibilidade de enfermeiros e de outro pessoal técnico no bloco operatório);
- Capacidade a nível físico de infra-estruturas e técnicas (disponibilidade de tempo de bloco operatório, camas e de **MCDT**).

Pode naturalmente, depreender-se que quando a procura de cuidados de saúde excede a oferta de serviços, que é muitas vezes limitada pela capacidade atribuída aos serviços públicos, surgem listas e tempos de espera.

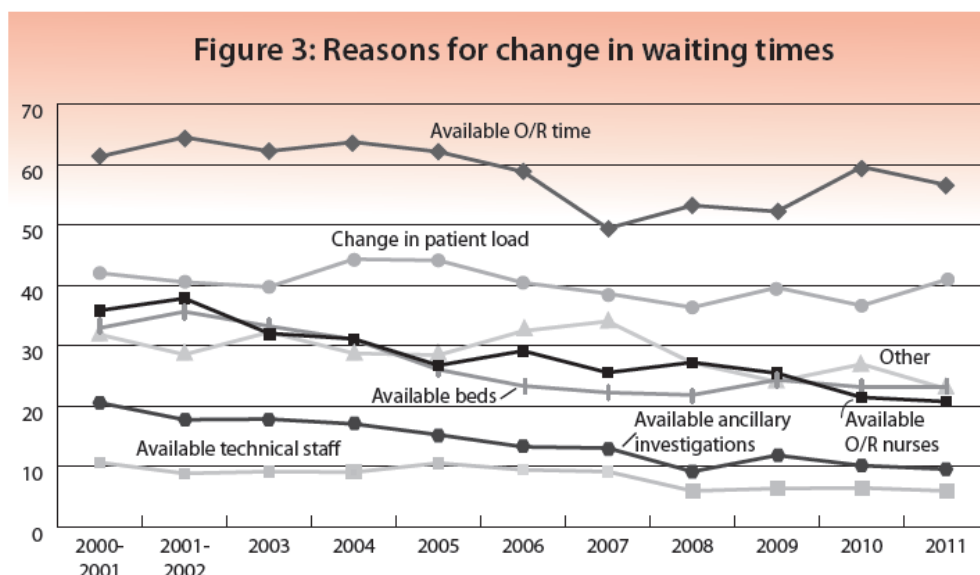
Com base nos resultados obtidos através do questionário, e apresentados no ponto anterior, são agora neste ponto, abordados e discutidos os aspectos mais significativos, sendo os mais relevantes os seguintes:

A disponibilidade de tempo de bloco operatório foi desde a primeira até à quarta volta da técnica de Delphi, apontada pelos peritos como determinante com elevado impacto (5).

Já em 1992, de acordo com Alves *et al.*, (1996:2), este factor também era apontado pelos serviços hospitalares como principal causa das listas de espera (56%).

Curiosamente, também tem sido referida pelos médicos canadenses (**figura 18**), desde 2000-2001, de forma consistente como a determinante mais frequentemente apontada para alterações nas listas de espera (aumento e diminuição).

**Figura 18 – Evolução dos Resultados do Questionário anual referente às determinantes das listas de espera do *Fraser Institute***



Source: Walker and Wilson (2001), Fraser Institute (2002-2010), Barua et al. (2011). Calculations by author.

**Fonte:** Barua, B. (2012, p. 29), Fraser Institute's study - "Why we Wait" (artigo tirado [www.fraserinstitute.org](http://www.fraserinstitute.org))

No entanto um estudo, elaborado pelo *The Montreal Economic Institute*, entre 2005 e 2006, aplicado em 49% dos hospitais públicos, demonstra que existia uma acentuada subutilização dos blocos operatórios desses hospitais. (FRAPPIER, J.; LABERGE, M., 2007:3).

Também em Portugal e de acordo com os dados disponíveis, parece que existe capacidade disponível (não utilizada). Ou seja, de acordo com o rácio entre sala disponível/sala padrão (0,62 em 2012)<sup>7</sup> existe tempo de sala de operações disponível e não utilizado.

A partir da segunda volta (após encerrar a questão aberta), a determinante disponibilidade de anestesistas foi recorrentemente apontada como a segunda determinante com mais elevado impacto.

Existe coincidência, com os dados disponíveis para Portugal (**UCGIC**, 2013: 115), em que o número de anestesistas padrão<sup>8</sup> sofreu (entre 2011 e 2012) uma diminuição de 1,8%, carência também apresentada no mesmo documento, relativamente ao indicador de ajuste entre cirurgiões padrão e anestesistas padrão, afectos ao **BO**.

Dados que estão de acordo com os referidos por Alves *et al.*, (1996:2), como indicados pelos serviços hospitalares, que apontam como causas das listas de espera a falta de médicos (15%) e de anestesistas (3,7%).

Já relativamente a investigações internacionais recentes (2013), referentes a estudos efectuados em 13 países da **OCDE**, os resultados são apresentados de uma forma mais conservadora, não se assumindo uma clara relação directa entre o aumento das listas de espera e a falta de médicos especialistas (**OCDE**, 2013:27).

Ainda, nesta área de recursos humanos, no Canadá foi apurado que mais de 25% dos hospitais refere uma acentuada escassez, não apenas de médicos especialistas, mas também de outros técnicos de saúde e enfermeiros (terceira

---

<sup>7</sup> Sala padrão corresponde a (12 horas diárias x 5 dias úteis + 5 horas de sábado x nº salas de BO). Sala disponível - horas disponíveis que os hospitais dizem ter. **UCGIC** (2013).Relatório da Actividade em cirurgia programada – Ano de 2012. **ACSS**, Lisboa, Portugal, p. 116.

<sup>8</sup> Anestesistas padrão =  $\frac{\sum \text{Horas de trabalho semanais dos anestesistas}}{35 \text{ horas}}$ .

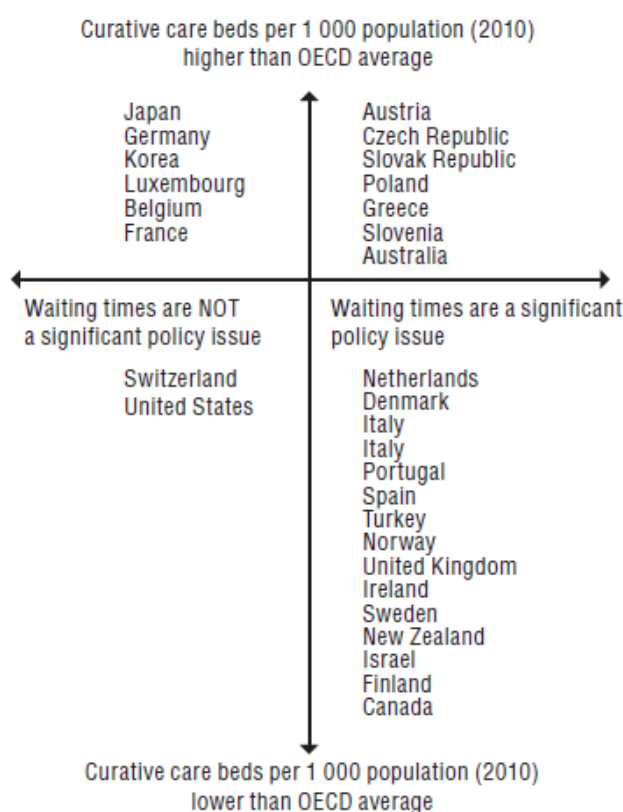
As horas semanais trabalho anestesistas são registadas na capacidade instalada mais realizadas em MRA. As horas semanais realizadas em MRA são o nº operados padrão em  $\frac{[(\text{MRA} \times 1,5)/\text{n}^\circ \text{semanas em análise}]/(\text{horas afetas BO anestesista na CI}/\text{horas trabalho anestesistas CI})$ . Um ano tem 52 semanas. **UCGIC** (2013).Relatório da Actividade em cirurgia programada – Ano de 2012. **ACSS**, Lisboa, Portugal, p. 115.

determinante mais referida na nossa técnica *Delphi*) (*BRITISH COLUMBIA MEDICAL ASSOCIATION*, 2006:36).

No presente projecto, a indisponibilidade de camas de agudos, obteve resultados muito próximos, dos verificados para a escassez de disponibilidade de enfermeiros, surgindo como segunda causa (15,4%) das listas de espera, em 1992 pelos serviços hospitalares (ALVES *et al.*, 1996:2).

Já os diversos estudos realizados pela **OCDE** (SICILLIANI, L., *et al.*, 2003:13) apresentam correlação negativa entre longas listas de espera e falta de camas hospitalares para agudos, conforme podemos verificar na **figura 19**.

**Figura 19 – Camas hospitalares de agudos por 1 000 habitantes (2010) e listas de espera cirúrgicas**



**Fonte:** Siciliani, L., et al (2013), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, **OECD** Health Policy Studies

A utilização indevida de muitas das camas de agudos com doentes de longa duração e a aguardar transferência para os cuidados continuados, é

frequentemente apontada em diversa literatura, como causadora de efeitos indevidos, podendo induzir em erros relativamente a essa carência.

Naturalmente que a oferta, ao nível da cirurgia electiva programada, não depende apenas da capacidade instalada, mas também da produtividade e intensidade com que essa capacidade é utilizada.

O aumento da procura de cuidados de saúde na maior parte dos países europeus é explicada pelas alterações demográficas verificadas, a qual tem sido acompanhada por um correlativo aumento da expectativa de melhoria da qualidade de vida.

A conjugação destes factores colocou os sistemas de saúde numa situação paradoxal, com o aumento da esperança média de vida a criar novas necessidades em cuidados de saúde (JUSTO, C., 2004:17). Opinião esta corroborada por diversos autores, que afirmam que o aumento da procura para cirurgia electiva é determinada pelo estado de saúde da população e dado o envelhecimento da população, a procura de muitos procedimentos electivos é crescente.

Foi com alguma surpresa que constatámos os resultados do questionário aplicado, no que se refere à “alteração na complexidade da casuística”, apenas considerada a quinta determinante com mais elevado impacto.

No estudo realizado por Barua (2011:4) esta determinante foi apontada, devido também à prevalência da doença, como a segunda principal causa para aumentos das listas de espera, mas também como factor para a sua diminuição. Este autor cita (2010, Questionário Médico Nacional, Associação Médica do Canadá), ainda a título de exemplo, que 67% dos médicos canadenses afirmam a crescente complexidade dos doentes como um dos factores responsáveis pelo aumento de trabalho.

O facto desta determinante ser a que se situa mais claramente do lado da procura enquanto todas as outras se situam na vertente da oferta e os membros da painel estarem todos situados do lado da oferta e terem reduzida ou mesmo nula capacidade de intervenção sobre as determinantes originadas do lado da procura, pode contribuir para explicar esta aparente subvalorização



que de algum modo o investigador também sente em relação às determinantes situadas do lado da procura.

## 6. Síntese Final

Em resumo e para concluir, pode-se afirmar que, como foi referido ao longo do trabalho, a questão das listas e dos tempos de espera é uma questão complexa, claramente com determinantes de diversa ordem que, ao mesmo tempo, espelham e muito contribuem para a complexidade das organizações de saúde.

Foi no entanto possível identificar com rigor, recorrendo principalmente aos trabalhos do *Fraser Institute* e aos resultados do painel de *Delphi*, os principais factores da situação, ou seja, as maiores barreiras à fluidez do percurso no sistema de Saúde Português, sobretudo no que se refere ao acesso à cirurgia electiva que era o objectivo maior do projecto desenvolvido.

Ter-se-á conseguido assim perceber um pouco a malha sólida e fechada das determinantes de que atrás falámos.

No decorrer do desenvolvimento deste projecto foi publicado (4 de Junho de 2014) o relatório síntese da actividade cirúrgica programada – Ano 2013 (**UCGIC**, 2014). De acordo com o mesmo, temos que destacar a continuidade de tendência de redução dos tempos de espera na generalidade dos indicadores, após a inversão que se tinha verificado em 2011.

Assim, a mediana do tempo de espera da **LIC** em meses, a que atribuímos maior destaque, desceu para 2,8 meses (-58,9%), entre 2006 e 2013. Mas, noutro sentido, não se verificou a inflexão da tendência na **LIC** (que aumentou 5,6%), de referir que esta tem vindo a ter um crescimento significativo nos últimos 7 anos (2006-13) 42,5%. No entanto, realça-se, sobretudo o que se refere a doentes com neoplasias malignas, em que a percentagem quer de doentes inscritos, quer de doentes operados com **TE** maior do que o **TMRG**, foi respectivamente de 25,1% e 15,8%, em 2013, números que cresceram sendo que o dos inscritos já representava um quarto do número de inscritos (**UCGIC**, 2014:10).

Os Relatórios da **OCDE** (HURST, J.; SICILIANI, L., 2003), (SICILIANI, L.; M. BOROWITZ and V. MORAN (eds.). 2013), permitiram-nos uma perspectiva global dos tempos de espera para cirurgia programada, em treze países da **OCDE**, bem como as distintas iniciativas e estratégias políticas para as combater.

Parece-nos oportuno, destacar neste momento aqueles que em nossa opinião, deverão ser os caminhos a explorar num futuro próximo, tendo como objectivo minorar o problema das listas de espera para cirurgia electiva:

- A integração dos cuidados (de saúde primários e hospitalares) e consequentemente da informação, que será provavelmente o caminho mais assertivo (mesmo que o mais complexo) para minorar o problema, tal como afirma Barros (2008:2) “Embora a discussão tenda a maior parte das vezes a focar-se no tempo de espera desde a indicação para intervenção cirúrgica até à realização da mesma, do ponto de vista de saúde da população o importante é o tempo de espera desde que se manifesta a necessidade de recurso a cuidados de saúde até à sua resolução.”

Ou, como também refere Justo (2004:22) “(...) é indispensável ter presente que as pessoas funcionam como um contínuo assistencial, devendo os cuidados estar organizados de forma a poderem processar-se num ambiente de gestão integrada dos dois níveis de prestadores.”

Isto é, “(...) se os obstáculos ao acesso residem tanto nos centros de saúde como nos hospitais, então o planeamento da resposta deve ser integrado e incluir os recursos disponíveis em todo o sistema” (JUSTO, C., 2004:25).

Ou seja, “Era obrigatório maximizar os ganhos em saúde e dar efectividade à prestação e, assegurando controlo sobre a qualidade e sobre os custos, promover a eficiência e a qualidade dos resultados o que, só num contexto de integração da prestação, seria possível.” (REIS, V., 2010:121).

Agora ainda ao nível das determinantes relacionadas com a oferta, mas num plano mais micro (ao nível das organizações), destacamos a necessidade de

optimizar a eficiência na utilização da capacidade instalada, ou seja, a melhor organização dos serviços, como um dos factores referido pela quase totalidade da literatura.

Existe ainda outro factor que nos parece relevante: o desenvolvimento da cirurgia em regime de ambulatório, geralmente considerado, como tendo sido “(...) uma das estratégias que se tem revelado eficaz na redução dos tempos de espera cirúrgicos (...)” (CALDINHAS, P., FERRINHO, P., 2013:315), que apenas representa 57,6% dos doentes operados, em Portugal (UCGIC. 2014:8). Podemos ainda acrescentar que “Se observarmos a listagem dos 10 procedimentos mais frequentes em lista de espera, constata-se que 8-9 são típicos da Cirurgia de Ambulatório, isto é, podem ser resolvidos na maior parte dos casos em ambulatório, o que representa cerca de 50% da lista de espera actual” (CNADCA, 2008:16).

Isto é, volvidos vários meses de trabalho contínuo e mesmo contando com a colaboração fundamental de um dedicado painel de peritos, temos que reconhecer que a redução das listas e dos tempos de espera exige uma estratégia multiperspectivada que requer medidas internas e externas, não tendo ainda sido possível concluir quais as políticas mais efectivas ou eficazes para o efeito.

Afinal é bem verdade que, como se refere num recente estudo australiano (2013), não há mesmo nenhuma única *silver bullet for reducing hospital waiting lists* (WALTERS, J., 2013).

## 7. Bibliografia

ALMEIDA, J. F.; PINTO, J. M. - A investigação nas ciências sociais. Lisboa : Editorial Presença, 1995.

ALVES, D. CARDOSO, L., e CORREIA, M. – Uma medida para um problema. **Revista Gestão Hospitalar**. 32 (1996) Lisboa, Maio 38-42.

APPLEBY, J.; BOYLE, S., et al. - Sustaining reductions in waiting times: identifying successful strategies: final report to the Department of Health. London: King's Fund, 2005. (Working paper).

BAILEY, D. – Research for the health professional: a practical guide. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: F.A. Davis, 1997.

BARROS, P. P. - As listas de espera para intervenção cirúrgica em Portugal. **Iprisverbis**. 4 (2008) 1-8. [Consult. 13 Janeiro 2014].

BARROS, P. P. - Economia da saúde: conceitos e comportamentos. 2.<sup>a</sup> ed. Coimbra: Edições Almedina, 2009.

BARROS, P. P.; PAU, O - Waiting lists and patient selection. London: Centre of Economic Policy Research, 2000.

BARUA, B. - Why we wait. [Em linha]. **Fraser Forum**. (May/June 2012). 27-30. [Consult. 15 Dezembro 2013]. Disponível em <http://www.fraserinstitute.org/uploadedFiles/fraser-ca/Content/research-news/research/articles/why-we-wait-ff050612.pdf>.

BARUA, B. - Why we wait: physician opinions on factors affecting health care wait times. [Em linha]. Vancouver, CA: Centre for Health Policy Studies. Fraser Institute, 2011. (Fraser Alert). [Consult 15 Dezembro 2013] Disponível em <https://www.fraserinstitute.org/uploadedFiles/fraser-ca/Content/research-news/research/publications/why-we-wait.pdf>.

BARUA, B. ; ESMAIL, N. - Waiting your turn: wait times for health care in Canada: 2013 report. [Em linha]. Vancouver, CA: Fraser Institute, 2013. (Studies in Health Policy). [Consult. 05 Janeiro 2014]. Disponível em <http://www.fraserinstitute.org/uploadedFiles/fraser-ca/Content/research-news/research/publications/waiting-your-turn-2013.pdf>

BARUA, B. M. ROVERE, and B. J. SKINNER (2011). Waiting Your Turn: Wait Times for Health Care in Canada. 2011 Report. Fraser Institute.

BARUA, B.; ESMAIL, N. - Waiting your turn: wait times for health care in Canada: 2012 report. 22<sup>nd</sup> ed. [Em linha]. Vancouver, CA: Fraser Institute, 2012. (Studies in Health Policy). [Consult. 02 Fevereiro 2014]. Disponível em <http://www.fraserinstitute.org/uploadedFiles/fraser-ca/Content/research-news/research/publications/waiting-your-turn-2012.pdf>.

BLACKWOOD, R. – The use of Delphi methods. [Em linha]. London: Public Health Action Support Team (PHAST). Department of Health, 2011. [Consult. 25 Maio 2014]. Disponível em <http://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/research-methods/1c-health-care-evaluation-health-care-assessment/use-delphi-methods>.

BOWLING, A. – Research methods in health: investigating health and health services. 2<sup>nd</sup> ed. [Em linha]. Buckingham: Open University Press, 2002. [Consult. 27 Maio 2014]. Disponível em <http://www.mcgraw-hill.co.uk/openup/chapters/0335206433.pdf>.

CALDINHAS, P.; FERRINHO, P. – Cirurgia de ambulatório e a espera para cirurgia electiva. Revista Brasileira de Epidemiologia. 16:2 (2013) 314-327.

CAMPOS, A. - Reformas da saúde: o fio condutor. Coimbra: Edições Almedina, 2008.

CANADÁ. BRITISH COLUMBIA MEDICAL ASSOCIATION – Waiting too long: reducing and better managing wait times in British Columbia: a policy paper by the BCMA's Council on Health Economics & Policy. Vancouver, BC: British Columbia Medical Association, 2006. [Consult. 24 Maio 2014]. Disponível em [https://www.doctorsofbc.ca/files/waiting\\_too\\_long.pdf](https://www.doctorsofbc.ca/files/waiting_too_long.pdf).

CARMO, H. e FERREIRA, M. (1998). Metodologia da Investigação – Guia para auto-aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta

CESifo GROUP MUNICH. IFO INSTITUTE FOR ECONOMIC RESEARCH - Waiting for surgical operations. [Em linha]. **CESifo DICE Report: Journal for Institutional Comparisons**. 2: 1 (2003) 70-71. [Consult. 06 Julho 2014]. Disponível em <https://www.cesifo-group.de/ifoHome/facts/DICE/Social-Policy/Health/Waiting-Lists/dice-rep-wait-surgical/fileBinary/dice-rep-wait-surgical.pdf>.

CESifo GROUP MUNICH. IFO INSTITUTE FOR ECONOMIC RESEARCH - Waiting for elective surgery. [Em linha]. **CESifo DICE Report: Journal for Institutional Comparisons**. 3: 1 (2005) 79-80. [Consult. 06 Julho 2014]. Disponível em <https://www.cesifo-group.de/ifoHome/publications/docbase/details.html?docId=14567554>

CHIA-CHIEN, H.; SANFORD, B. – The Delphi technique: making sense of consensus. [Em linha]. **Practical Assessment, Research & Evaluation**. 12: 10 (2007) 1-8. [Consult. 11 Junho 2014]. Disponível em <http://pareonline.net/pdf/v12n10.pdf>.

DALKEY, N.; HELMER, O. – An experimental application of the Delphi method to the use of experts. **Management Science**. 9: 3 (1963) 458-467.

DECRETO-LEI 219/2007. D.R. I<sup>a</sup> Série. 103 (2007-05-29) 3509-3512 - Aprova a orgânica da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.

DESPACHO nº 17381/2000, de 25 de Agosto, D.R. II<sup>a</sup> Série. Número 196 — 25 Agosto 2000.

DESPACHO nº 19554/ 2000, 29 Setembro, D.R. II<sup>a</sup> Série. Número 226 — 29 Setembro 2000.

DESPACHO nº 43/1995, de 31 de Janeiro, publicado na II<sup>a</sup> Série D.R. número 51, de 1 de Março de 1995 - Programa Específico de Recuperação de Listas de Espera.

DESPACHO nº 5804/1999 de 22 Março, D.R. IIª Série. Número 68 - Programa para a Promoção do Acesso

ERS - Estudo de avaliação dos Centros Hospitalares. [Em linha]. Lisboa: Entidade Reguladora da Saúde, 2012. [Consult. 22 Março 2014]. Disponível em [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/399/Relat\\_rio\\_Centros\\_Hospitalares.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/399/Relat_rio_Centros_Hospitalares.pdf).

ESPAÑA. INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD - Guía para la gestión de la lista de espera quirúrgica. Madrid: Dirección General de Atención Primaria y Especializada, Subdirección General de Atención Especializada. INSALUD, 1998.

FRAPPIER, J.; LABERGE, M. - An overview of operating room use in Quebec hospitals. [Em linha]. Montreal: Montreal Economic Institute, 2007. (Economic Note). [Consult. 22 Junho 2014]. Disponível em [www.iedm.org/files/dec07\\_en.pdf](http://www.iedm.org/files/dec07_en.pdf).

FURTADO, C.; PEREIRA, J. - Equidade e acesso aos cuidados de saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade de Lisboa, 2010.

GHIGLIONE, R. e MATALON, B. (1997). O Inquérito – Teoria e Prática. (3ª edição). Oeiras: Celta Editores

GLOBERMAN, S. - Reducing wait times for health care: what Canada can learn from theory and international experience. Vancouver, CA: Fraser Institute, 2013.

GOMES, P.; LAPÃO, L. - The SIGLIC system for improving the access to surgery in Portugal. **The Electronic Journal Information Systems Evaluation**. 14: 1 (2011) 160-166. Special ECIME 2010 Issue.

GOODE W.; HAT, P. – Methods in social research. New Your, NY: McGraw-Hill, 1981.

GRAÇA, L. - Guião para o desenho de um projecto de investigação. Lisboa: Grupo de Disciplinas de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2004. (Textos, T 834. v20).

HEALTH CONSUMER POWERHOUSE - Euro health Consumer Index Report 2013. [Em linha]. Täby, Sweden: Health Consumer Powerhouse. [Consult. 19 Janeiro 2014]. Disponível em <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-report.pdf>

HOPE - Measuring and comparing waiting lists: a study in four European countries: third report of HOPE's Working Party on Management of Waiting Lists. [Em linha]. Brussels: Standing Committee of the Hospitals of the European Union. European Hospital and Healthcare Federation, 2004. [Consult. 27 Janeiro 2014]. Disponível em [http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/72\\_waitinglists/72\\_waitinglists\\_wp\\_2004.pdf](http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/72_waitinglists/72_waitinglists_wp_2004.pdf).

HOPE - Waiting lists and waiting times in health care: managing demand and supply. Brussels: Standing Committee of the Hospitals of the European Union. European Hospital and Healthcare Federation, 2001.

HSU, C.C.; SANDFORD, B - Practical assessment, research & evaluation. the Delphi technique: making sense of consensus. [Em linha]. **Practical Assessment Research and Evaluation**. 12: 10 (2007) 1-8. [Consult. 25 Maio 2014]. Disponível em <http://pareonline.net/pdf/v12n10.pdf>.

HURST, J.; SICILIANI, L. - Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries. Paris: OECD, 2003. (OECD Health Working Papers; 6). [Consult. 22 Fevereiro 2014]. Disponível em <http://www.oecd.org/els/health-systems/5162353.pdf>.

JOHAR, M. et al. (2010). The demand for private health insurance: do waiting lists or waiting times matter?. Centre for Health Economics Research and Evaluation (CHERE)

JUSTO, C. - A técnica Delphi de formação de consensos. [Em linha]. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), 2005. [Consult. 22 Fevereiro 2014]. Disponível em <http://www.observaport.org/node/162>

JUSTO, C. - Acesso aos cuidados de saúde: o caso das listas de espera em cirurgia. [Em linha]. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), 2003. [Consult. 22 Fevereiro 2014]. Disponível em <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/acesso-aos-cuidados-de-saude-o-caso-das-listas-de-espera-em-cirurgia.pdf>.

JUSTO, C. - Acesso aos cuidados de saúde: porque esperamos?: Contribuição para o estudo do acesso aos cuidados de saúde. Lisboa: Campo da Comunicação, 2004.

LEI 27/99. D.R. I<sup>a</sup> - A Série. 102 (1999-05-03) 2344-2345 - Programa especial de acesso aos cuidados de saúde.

LEI 48/1990, D.R. I Série 195 (1990-08-24) 3452-3464 - Lei de Bases da Saúde. Lisboa.

LESSARD-H, M.; GOYETTE, G.; BOUTIN, G. – Investigação qualitativa: fundamentos e práticas. Lisboa : Instituto Piaget, 2005.

MORSE, J.; FIELD, P. – Qualitative research methods for health professionals. London: Sage Publications, 1995.

OECD (2011), Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en)

OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)

OKOLI, C.; PAWLOWSKI, S. – The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. **Information & Management**. 42: 1 (2004) 15–29.

OPSS – A análise dos determinantes das listas de espera. [Em linha]. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2004. [Consult. 15 Março 2014]. Disponível em <http://www.observaport.org/node/223>.

OPSS – Conhecer os caminhos da saúde: relatório Primavera 2001. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2001.

OPSS - Crise & saúde: um país em sofrimento: relatório de Primavera 2012. Coimbra: Mar da Palavra, 2012.

OPSS – Incertezas...gestão da mudança na saúde: relatório Primavera 2004. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2004.

OPSS - Luzes e sombras: a governação da saúde: relatório de Primavera 2007. Coimbra: Mar da Palavra, 2007.

OPSS – Novo serviço público da saúde: novos desafios: relatório Primavera 2005. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2005.

OPSS – O estado da saúde e a saúde do Estado: relatório Primavera 2002. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2002.

OPSS – Saúde, que rupturas? Relatório Primavera 2003. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2003.

OPSS - Sistema de saúde português: riscos e incertezas: relatório de Primavera 2008. Coimbra: Mar da Palavra, 2008.

OPSS - Um ano de governação em saúde: sentidos e significados. Relatório de Primavera 2006. Coimbra: Mar da Palavra, 2006.

PEREIRA, J. - Economia da saúde: glossário de termos e conceitos. 4ª ed. Lisboa : Associação Portuguesa de Economia da Saúde (APES), 1993. (Documento de trabalho; 1/93)

PEREIRA, L. - Lançamento público do «Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia». Lisboa: Ministério da Saúde, 2004.

PERELMAN, J.; MATEUS, C. - Explaining variations in waiting time for elective surgery. In: Conferência Nacional de Economia da Saúde, 11, Porto, Universidade Católica Portuguesa, 8-10 de Outubro de 2009. [Em linha]. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde (APES). Centro de Investigação e Estudos em Saúde Pública. ENSP. UNL, [Consult. 13 Junho 2014]. Disponível em <http://11cnes.apes.pt/LinkClick.aspx?fileticket=3EtTP7RAxW0%3D&tabid=59&language=pt-PT>.

PORTARIA 1306/2008. D.R. Iª Série. 219 (2008-11-11) 7897 - Introduz adaptações no Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia, de modo a desenvolver o programa de intervenção em oftalmologia no âmbito da actividade das cataratas e da primeira consulta de oftalmologia.

PORTARIA 1450/2004. D.R. Iª Série-B. 277 (2004-11-25) 6896-6903 - Aprova o Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia



PORTARIA 1529/2008. D.R. 1ª Série. 249 (2008-12-26) 9040-9044 - Fixa os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para o acesso a cuidados de saúde para os vários tipos de prestações sem carácter de urgência e publica a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde

PORTARIA 45/2008. D.R. 1ª Série. 10 (2008-01-15) 526-536 - Aprova o Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC). Revoga a Portaria n.º 1450/2004, de 25 de Novembro

PORTARIA nº 787/99. D.R. 1ª Série-B. 205 (1999-09-02) 6181-6182 - Estabelece a verba a atribuir aos estabelecimentos de saúde abrangidos pelo Programa para a Promoção do Acesso e a fracção da mesma afecta ao pagamento de suplementos remuneratórios aos profissionais directamente envolvidos na sua execução.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Apresentação do SIGIC. [Em linha]. Lisboa: Portal da Saúde, 2006. - [Consult. 18-05-2014]. Disponível em: <http://tinyurl.com/npdhu24>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Programa para a Promoção do Acesso (Programa de Combate às Listas de Espera no Sector da Saúde). Lisboa: Portal da Codificação Clínica e dos GDH, 2002. <http://tinyurl.com/l33hpev>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS. UCGIC - Manual de gestão de Inscritos para cirurgia: processo de gestão do utente. Lisboa: Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia. Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 2005.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS. UCGIC - Manual de gestão de inscritos para cirurgia: princípios gerais. Lisboa: Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia. Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 2010.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS. UCGIC - Manual de gestão de inscritos para cirurgia: volume I: princípios gerais. Lisboa: Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia. Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 2011.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS. UCGIC - Relatório da actividade em cirurgia programada: ano de 2012. Lisboa: Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia. Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 2013.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS. UCGIC - Relatório síntese da actividade cirúrgica programada 2005 – 2012. Lisboa: Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia. Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 2013.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS. UCGIC - Relatório síntese da actividade cirúrgica programada Ano 2013. Lisboa: Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia. Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 2014.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CNADCA - Relatório final: cirurgia de ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente. [Em linha]. Lisboa: Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório, 2008.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS - Glossário de conceitos para produção de estatísticas em saúde. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2001.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS - Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016: eixo estratégico - equidade e acesso aos cuidados de saúde. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2012.

POWELL, C. - The Delphi technique: myths and realities. **Journal of Advanced Nursing**. 41: 4. (2003) 376–382.

REIS, V. – Gestão em saúde: um espaço de diferença. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. UNL, 2007.

REIS, V. - O papel do administrador principal no hospital português. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova, 1986. Tese de Doutoramento.

REIS, V. - O sistema de saúde Português: donde vimos, para onde vamos. In: Lisboa: In: BARROS, P. P.; SIMÕES, J., coord. - Livro de Homenagem a Augusto Mantas. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia de Saúde, 1999.

REIS, V.; “Cuidados de Saúde: da Universalidade da Cobertura à Integração da Prestação”. Cidade Solidária: Revista da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 23, (2010), 115-121.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS 100/2002. D.R. Iª Série-B. 121 (2002-05-25) 4718-4719 - Aprova o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS 79/2004. D.R. Iª Série-B. 147 (2004-06-24) 3846-3848 - Cria o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC).

SERRÃO, D., coord. - Recomendações para uma reforma estrutural: reflexão sobre a saúde. Lisboa: Conselho de Reflexão sobre a Saúde. Presidência do Conselho de Ministros, 1998.

SICILIANI, L., and J. HURST (2003). Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries. OECD Health Working Papers, number 7. Organization for Economic Cooperation and Development.

SICILIANI, L., V. MORAN and M. BOROWITZ (2013), “Measuring and Comparing Health Care Waiting Times in OECD Countries”, *OECD Health Working Papers*, No. 67, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5k3w9t84b2kf-en>

SICILIANI, L.; M. BOROWITZ, M.; MORAN, V., ed. lit. – Waiting times policies in the health sector: what works? Paris: OECD Publishing, 2013. (OECD Health Policy Studies). <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>

THANGARATINAM, S.; REDMAN, C., (2005) - The Delphi technique. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2005;7:120–125. <http://www.rcog.org.uk/togonline>

TRIBUNAL DE CONTAS - Auditoria ao acesso aos cuidados de saúde do SNS: Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC). Lisboa: Tribunal de Contas, 2007. (Relatório nº 25/07 - 2ª. S. Processo N.º 50 /05 – AUDIT).

TRIBUNAL DE CONTAS - Auditoria ao Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC). Lisboa: Tribunal de Contas, 2005. (Relatório nº 15/05 – Processo nº 01/04 - AUDIT).

TRIBUNAL DE CONTAS - Auditoria de resultados ao programa de intervenção em oftalmologia. Lisboa: Tribunal de Contas, 2010. (Relatório n.º 48/2010. Processo n.º 49/2009 – AUDIT Volume I).

TRIBUNAL DE CONTAS - Auditoria de Seguimento das Recomendações Formuladas no Relatório de Auditoria ao “Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia - SIGIC”. Lisboa: Tribunal de Contas, 2009. (Relatório n.º 27/09 – 2ª. S. Processo n.º 02/09 – AUDIT Volume I).

UK. INSTITUTE FOR PUBLIC POLICY RESEARCH - Hospital reconfiguration: IPPR briefing. [Em linha]. London: Institute for Public Policy Research, 2006. [Consult 20 Abril 2014]. Disponível em [http://www.ippr.org/assets/media/uploadedFiles/research/projects/Health\\_and\\_Social\\_Care/hospital\\_reconfiguration\\_QA.pdf](http://www.ippr.org/assets/media/uploadedFiles/research/projects/Health_and_Social_Care/hospital_reconfiguration_QA.pdf)

WALTERS, J. (2013); “No silver bullet for reducing hospital waiting lists”. [Consult. 22 Junho 2014]. Disponível em <https://ahha.asn.au/news/no-silver-bullet-reducing-hospital-waiting-lists>

WILLCOX, S., SEDDON, M., DUNN, S., et al. Measuring and Reducing Waiting Times: A Cross National Comparison of Strategies. Health Affairs (2007), 26:4; 1078-1087.

## 8. Anexos

### Anexo I

<b>Nome do ficheiro</b>	UCGIC TL 20140414 Mapa_TE_TMRG VE1
<b>Data do pedido</b>	02-03-2014
<b>Data de entrega</b>	14-04-2014
<b>Descrição da Informação disponibilizada</b>	
Indicadores por prioridades e ARS relativos aos operados total patologias (TP) e neoplasias malignas (NM)	
<b>Dados referentes ao período</b>	2012 2011 2010 2009
<b>Data da extracção</b>	Indicadores de 2012 extraídos a 01.06.2013 Indicadores do ano de 2011 extraídos a 21.02.2012 (com correções efetuadas a 28.05.2012) Indicadores do ano de 2010 extraídos a 14.11.2011 Indicadores do ano de 2009 extraídos a 06.04.2010
<b>Descrição das folhas</b>	
<b>Nome da Folha</b>	<b>Descrição da Folha</b>
TP	Indicadores relativos ao total de patologias (inclui NM)
NM	Indicadores relativos às neoplasias malignas (NM)
<b>Descrição dos campos da folha: TP</b>	
<b>Nome do campo</b>	<b>Descrição do campo</b>
ARS	Administração regional de saúde de origem do episódio
Total de Operados Cirurgia Programada	Número de episódios operados de forma programada no período em análise
Nº cirurgias com TE>TMRG	Número de episódios operados de forma programada no período em análise com tempo de espera superior ao tempo máximo de resposta garantido (de acordo com a prioridade e patologia)
Variação	
<b>Descrição dos campos da folha: NM</b>	
<b>Nome do campo</b>	<b>Descrição do campo</b>
ARS	Administração regional de saúde de origem do episódio
Total de Operados Cirurgia Programada Doente Oncológico	Número de episódios operados de forma programada a neoplasias malignas (NM) no período em análise
Nº cirurgias com TE>TMRG Doente Oncológico	Número de episódios operados de forma programada a neoplasias malignas (NM) no período em análise com tempo de espera superior ao tempo máximo de resposta garantido (de acordo com a prioridade e patologia)
Variação	

Atividade em Cirurgia Programada - Total Patologias (TP)														
ARS	Prioridade Clínica	Total de Operados Cirurgia Programada				Nº cirurgias com TE>TMRG				Variação (TE>TMRG)				
		2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2013
ARS Norte	1	119.294	131.212	152.964	176.821	8.095	7.103	10.061	9.368		-12,25%	41,64%	-6,89%	
	2	38.439	38.952	41.025	42.275	5.796	3.690	4.263	4.135		-36,34%	15,53%	-3,00%	
	3	13.243	13.943	12.123	8.722	1.087	579	653	462		-46,73%	12,78%	-29,25%	
	4	5.610	5.684	6.145	5.956	430	418	952	1.182		-2,79%	127,75%	24,16%	
ARS CENTRO	1	69.443	64.074	62.518	66.894	6.052	4.669	6.832	8.024		-22,85%	46,33%	17,45%	
	2	16.744	19.869	20.611	20.650	3.987	3.529	4.014	4.141		-11,49%	13,74%	3,16%	
	3	8.138	8.268	8.479	8.114	1.265	1.003	899	770		-20,71%	-10,37%	-14,35%	
	4	3.312	3.434	2.681	1.707	636	540	553	416		-15,09%	2,41%	-24,77%	
ARSLVT	1	120.256	120.696	119.296	124.798	9.619	7.298	8.304	10.613		-24,13%	13,78%	27,81%	
	2	21.793	20.235	21.982	23.656	4.090	2.972	3.213	3.346		-27,33%	8,11%	4,14%	
	3	11.756	10.283	10.084	10.671	1.498	1.626	1.466	1.301		8,54%	-9,84%	-11,26%	
	4	8.850	9.909	9.697	9.385	1.216	1.417	1.065	1.482		16,53%	-24,84%	39,15%	
ARS Alentejo	1	14.975	15.651	15.274	14.087	265	261	353	524		-1,51%	35,25%	48,44%	
	2	3.022	3.096	3.456	3.778	306	212	224	254		-30,72%	5,66%	13,39%	
	3	899	1.016	959	1.091	66	47	50	65		-28,79%	6,38%	30,00%	
	4	1.074	815	619	647	36	52	69	68		44,44%	32,69%	-1,45%	
ARS Algarve	1	9.166	8.528	8.125	8.360	963	523	964	1.139		-45,69%	84,32%	18,15%	
	2	3.758	2.568	3.302	3.020	519	280	896	988		-46,05%	220,00%	10,27%	
	3	4.306	4.533	3.136	2.465	732	927	704	236		26,64%	-24,06%	-66,48%	
	4	1.215	1.299	1.443	1.318	95	105	214	76		10,53%	103,81%	-64,49%	
		475.293	484.065	503.919	534.415	46.753	37.251	45.749	48.590		-20,32%	22,81%	6,21%	
Atividade em Cirurgia Programada - Neoplasias Malignas (NM)														
ARS	Prioridade Clínica	Total de Operados Cirurgia Programada				Nº cirurgias com TE>TMRG Doente Oncológico				Variação				
		2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2013
ARS Norte	1	2.848	3.253	4.035	4.253	402	359	531	703		-10,70%	47,91%	32,39%	
	2	7.990	9.045	9.303	9.243	1.512	938	648	627		-37,96%	-30,92%	-3,24%	
	3	1.600	1.259	1.080	849	211	104	51	64		-50,71%	-50,96%	25,49%	
	4	330	320	337	247	55	73	79	57		32,73%	8,22%	-27,85%	
ARS CENTRO	1	1.346	1.243	1.326	1.279	240	142	238	175		-40,83%	67,61%	-26,47%	
	2	3.992	4.539	5.031	5.246	862	757	940	1.259		-12,18%	24,17%	33,94%	
	3	1.803	1.715	1.587	1.344	411	293	338	300		-28,71%	15,36%	-11,24%	
	4	219	216	158	127	83	70	75	80		-15,66%	7,14%	6,67%	
ARSLVT	1	5.560	5.830	5.924	5.992	668	800	597	703		19,76%	-25,38%	17,76%	
	2	6.835	6.870	7.583	7.872	1.543	1.109	1.167	1.353		-28,13%	5,23%	15,94%	
	3	2.343	2.152	2.172	2.309	662	625	640	578		-5,59%	2,40%	-9,69%	
	4	266	361	345	293	41	53	55	55		29,27%	3,77%	0,00%	
ARS Alentejo	1	165	228	440	457	36	58	59	46		61,11%	1,72%	-22,03%	
	2	653	685	825	825	78	65	55	35		-16,67%	-15,38%	-36,36%	
	3	122	115	100	81	16	11	11	13		-31,25%	0,00%	18,18%	
	4	99	55	85	54	3	1	16	7		-66,67%	1500,00%	-56,25%	
ARS Algarve	1	208	190	246	208	18	26	20	29		44,44%	-23,08%	45,00%	
	2	453	332	656	397	78	13	67	44		-83,33%	415,38%	-34,33%	
	3	636	853	619	426	67	50	50	22		-25,37%	0,00%	-56,00%	
	4	212	142	144	203	11	2	16	11		-81,82%	700,00%	-31,25%	
		37.680	39.403	41.996	41.705	6.997	5.549	5.653	6.161		-20,69%	1,87%	8,99%	

## Appendix C: The Fraser Institute National Waiting List Survey questionnaire

### General Surgery

Please circle the province in which your office is located:

AB BC MB NB NL NS NT NU ON PE QC SK YT

1. From today, how long (in weeks) would a new patient have to wait for a routine office consultation with you? \_\_\_\_\_ week(s)
2. Do you restrict the number of patients waiting to see you in any manner? (i.e. Do you accept referrals only at certain times of the year?)  
☐ Yes ☐ No
3. Over the past 12 months, what percentage of the surgical procedures you performed were done on a day surgery basis? \_\_\_\_\_ %
4. From today, how long (in weeks) would a new patient have to wait for the following types of elective surgery or diagnostic procedures? What would you consider to be a clinically reasonable waiting time for these types of surgery and procedures?

Surgery or Procedure	Number of Weeks to Wait	Reasonable Number of Weeks to Wait
Hernia repair (all types)/hydrocele		
Cholecystectomy		
Colonoscopy (diagnostic)		
Incision, excision, anastomosis of intestine and other operations on intestine		
Hemorrhoidectomy/other anal surgery		
Breast biopsy		
Mastectomy/segmental resection		
Operations on bronchus and lung		
Incidentally discovered and unruptured aneurysms		
Varicose vein surgery		

5. Has the length of your waiting lists changed since last year at this time?

☐ Increased ☐ Decreased ☐ Remained the Same

6. If the length of your waiting lists has changed, what are the major reasons for the change? (Check all which may be applicable.)

☐ Availability of O/R nurses  
☐ Availability of other technical staff  
☐ Availability of beds  
☐ Availability of O/R time  
☐ Change in patient load  
☐ Availability of ancillary investigations or consultations (i.e. MRI, CT scans)  
☐ Other

7. What percentage of your patients currently waiting for surgery are on a waiting list primarily because they requested a delay or postponement? \_\_\_\_\_ %

8. What percentage of your patients currently waiting for surgery do you think would agree to having their procedure performed tomorrow if an opening arose?  
 \_\_\_\_\_ %

9. To the best of your knowledge, what percentage of your patients that are listed on hospital waiting lists might also be listed by other physicians for the same procedure? \_\_\_\_\_ %

10. Do you use the following types of diagnostic tests? If so, how long (in weeks) would a new patient have to wait for these tests?

Do you use this diagnostic test?	Yes	No	Infrequently	Number of weeks patients wait
CT Scan				
MRI				
Ultrasound				

11. Approximately what percentage of your patients inquired in the past 12 months about the availability of medical services:

In another province? \_\_\_\_\_ % Outside of Canada? \_\_\_\_\_ %

12. Approximately what percentage of your patients received non-emergency medical treatment in the past 12 months:

In another province? \_\_\_\_\_ % Outside of Canada? \_\_\_\_\_ %

*Thank you very much for your assistance.*

## Anexo III

----- Forwarded message -----

From: **Bacchus Barua** <bacchus.barua@fraserinstitute.org>

Date: 2014-04-11 22:15 GMT+01:00

Subject: RE: The Fraser Institute National Waiting List Survey questionnaire

To: Ana Escoval <anaescoval@ensp.unl.pt>

Cc: "1971pedroreis@gmail.com" <1971pedroreis@gmail.com>, "nadeem@classic-kitchens.ca" <nadeem@classic-kitchens.ca>, Jason Clemens <jason.clemens@fraserinstitute.org>

Dear Prof. Escoval,

My apologies for the late reply. I must admit that your email slipped my attention over the past few weeks.

Your student should feel free to use the Questionnaire in Appendix C of the Fraser Institute's annual Waiting Your Turn report. It is only important that the Fraser Institute be credited as the source for the survey design, and methodology (if used).

If possible, it would also be appreciated if you could provide us with a copy of the study when it is completed – both, for the purpose of maintaining a record, as well as because we would be very interested in the results.

Kind regards,

Bacchus Barua

Senior Economist

Centre for Health Policy Studies

The Fraser Institute

Fourth Floor - 1770 Burrard Street




Vancouver, BC, Canada V6J 3G7

Tel: 604.688.0221 ext. 524 Fax: 604.688.8539



**Painel de Peritos: “tempos de espera cirúrgicos: situação em Portugal e determinantes”**

1	Prof. Doutor Lucindo Ormonde	Director Serviço Anestesiologia Centro Hospitalar Lisboa Norte
2	Dra. Isabel Carvalho	Directora Clínica do Centro Hospitalar Oeste
3	Dra. Clara Caldeira	Directora Serviço Anestesiologia do Centro Hospitalar Oeste
4	Dr. José Ponte	Serviço Anestesiologia Centro Hospitalar Algarve
5	Dra. Isabel Pita	Directora Serviço Anestesiologia Hospital de Évora
6	Dr. José Mateus	Director Serviço Ortopedia do Centro Hospitalar Oeste
7	Prof. Doutor Jacinto Monteiro	Director Serviço Ortopedia do Centro Hospitalar Lisboa Norte
8	Dr. Rui Amaral	Serviço Ortopedia do Centro Hospitalar Oeste
9	Dr. Nuno Ramiro Santos	Serviço Ortopedia do Centro Hospitalar Lisboa Norte
10	Dr. Acácio Ramos	Serviço Ortopedista do Centro Hospitalar Algarve
11	Dr. Carlos Sousa	Director Serviço Ortopedia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa
12	Dr. José Mesquita Montes	Director Serviço Ortopedia Centro Hospitalar Póvoa Varzim Vila Conde
13	Dr. Paiva Ferreira	Director Serviço Ortopedia do Hospital de Évora
14	Dr. Carlos Santa Rita	Director Serviço Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Oeste
15	Prof. Doutor Paulo Costa	Serviço Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Lisboa Norte
16	Dra. Helena Lopes da Silva	Serviço Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Lisboa Norte
17	Dr. Nuno Santa Clara	Serviço Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Oeste
18	Dr. João Raposo	Serviço Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Lisboa Norte
19	Dr. João Coutinho	Serviço Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Lisboa Norte
20	Dr. Carlos Nascimento	Serviço Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental
21	Dr. João Barros	Director Clínico Centro Hospitalar Tâmega e Sousa
22	Dr. Luís Milheiro da Costa	Director Serviço Cirurgia Geral Centro Hospitalar P. Varzim Vila Conde
23	Dr. Mendes Almeida	Director Departamento de Cirurgia do Centro Hospitalar Lisboa Norte
24	Dr. Jorge Caravana	Director Serviço Cirurgia Geral do Hospital de Évora
25	Dr. Miguel Rodrigues	Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Algarve
26	Dr. António Marques Pereira	Director Serviço ORL/ Centro Hospitalar Lisboa Norte
27	Dra. Maria Mestre	Directora Serviço ORL de Hospital de Évora
28	Dr. Carvalho da Silva	Director Serviço ORL Centro Hospitalar Oeste
29	Dr. João Paço	Serviço ORL / CUF Director Clínico
30	Dr. Nuno Lousan	Director Serviço ORL do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa
31	Dr. Pedro Escada	Director Serviço ORL do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental
32	Dr. Tomé Lopes	Director Serviço Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte
33	Dr. Joaquim Lindoro	Director Serviço Urologia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa
34	Prof. Doutor Manuel Antunes	Director Serviço Cirurgia Cardiotorácica Centro Hospitalar e Universitário Coimbra
35	Dr. Jorge Cruz	Serviço Cirurgia Cardiotorácica do Centro Hospitalar Lisboa Norte
36	Dr. Carvalho de Freitas	Serviço Oftalmologia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa
37	Prof. Doutor Monteiro Grillo	Director Serviço Oftalmologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte
38	Dr. António Rodrigues	Director Serviço Oftalmologia do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental
39	Dr. João Almeida Pinto	Coordenador Angiologia Cir. Vascular Centro Hospitalar Tâmega e Sousa
40	Dr. Pereira Albino	Serviço Cirurgia Vascular - HPP Saúde - Hospital dos Lusíadas
41	Prof. Doutor Fernandes e Fernandes	Director Serviço Cirurgia Vascular do Centro Hospitalar Lisboa Norte
42	Dr. Victor Fernandes	Director Serviço Cirurgia Plástica do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental
43	Dra. Maria Teixeira Mendes	Directora Serviço Cirurgia Plástica do Hospital de Évora
44	Dr. Jorge Ribeiro	Director Serviço Ginecologia/Obstetrícia do Centro Hospitalar Oeste
45	Dra. Ana Castilho	Serviço Ginecologia/Obstetrícia do Centro Hospitalar Oeste
46	Dra. Olímpia Carmo	Directora Serviço Ginecologia/Obstetrícia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa
47	Prof. Doutor Luís Graça	Director Serviço Ginecologia/Obstetrícia do Centro Hospitalar Lisboa Norte
48	Prof. Doutor Francisco Salvado	Director Serv. Estomatologia e Coordenador <b>SIGIC</b> Centro Hospitalar Lisboa Norte
49	Prof. Doutor José Fragata	Responsável Serviço de Cirurgia Cardiotorácica Centro Hospitalar Lisboa Central
50	Dr. Carvalheira Santos	Pneumologia/codificador e auditor Centro Hospitalar Lisboa Norte
51	Prof. Doutor Carlos Moreira	Medicina Interna/Codificador/UCIGIC/ Centro Hospitalar Lisboa Norte
52	Dra. Margarida Ivo	Cirurgia Geral

 <b>Escola Nacional de Saúde Pública</b> Universidade Nova de Lisboa		 			
<b>Tempos de espera cirúrgicos: situação em Portugal e determinantes</b>					
<b>1 - Apresentação</b>					
<p>No âmbito do trabalho de projeto sobre "Tempos de espera cirúrgicos: situação em Portugal e determinantes" vimos convidá-lo a participar no painel de peritos que, com recurso à Metodologia de Delphi, procurará obter consenso face aos dados obtidos por aplicação do questionário utilizado pelo Fraser Institute do Canadá para realização do seu relatório anual sobre "tempos" e "listas de espera".</p> <p>Aqui, a técnica Delphi tem como objetivo ordenar em importância para Portugal as determinantes de "tempos" e "listas de espera" de modo a procurar resposta à questão de investigação principal deste Projeto: <b>"Porque existem listas de espera?"</b> As respostas a esta questão far-se-ão através das perguntas do questionário incluso dirigidas à ordenação em importância, no nosso país das determinantes identificadas pelo Fraser Institute.</p> <p>Este projeto de investigação é realizado pelo signatário no âmbito do mestrado em Gestão da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Universidade Nova de Lisboa sob a orientação da Profª Doutora Ana Escoval.</p>					
<b>2 - Procedimento do Painel Delphi</b>					
<p>A metodologia inerente a este estudo, determina que cada perito seja questionado sobre o tema em análise, do qual resultará um conjunto de ideias e opiniões que serão alvo de análise e, através de um processo iterativo de posterior discussão e validação, de forma a que possam reconsiderar as respostas obtidas a caminho da obtenção de consenso. Assim, serão necessárias várias rondas ou "voltas" (estima-se que três) de passagem do questionário pelos peritos envolvidos, pelo que a não desistência é fundamental para a viabilização da metodologia.</p> <p>A distribuição e recolha do presente questionário será realizada por via eletrónica, através da plataforma SurveyMonkey e assume-se o compromisso de garantia da confidencialidade e anonimato dos peritos envolvidos. Os dados obtidos serão alvo de análise estatística posterior com divulgação no final da constituição do painel.</p> <p>O tempo estimado de preenchimento é de 5 minutos.</p>					
<b>3 - Cronograma</b>					
<p><b>1º Questionário:</b> envio a 21 de abril; resposta até 26 de abril</p> <p><b>Informação de Retorno e 2º Questionário:</b> envio a 29 de abril; resposta até 5 de maio</p> <p><b>Informação de Retorno e 3º Questionário:</b> envio a 8 de maio; resposta até 13 de maio</p> <p><b>Informação de Retorno e 4º Questionário (se necessário):</b> envio a 16 de maio; resposta até 19 de maio</p>					
<b>4. 1- No último ano, a dimensão das listas de espera que conhece</b>					
Aumentou <input type="checkbox"/> Diminuiu <input type="checkbox"/> Permanece igual <input type="checkbox"/>					
<b>4. 2 - Questão de investigação: Considerando a existência de listas de espera para o acesso a cirurgia electiva na área hospitalar, ordene tendo em conta a sua experiência e conhecimentos as determinantes, identificadas abaixo. Utilize a escala ordinal em que 5 será "elevado impacto" e 1 será "reduzido impacto". (Cinco das determinantes deverão ser objecto de ordenação)</b>					
<b>DETERMINANTES DA MUDANÇA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1 – Disponibilidade de enfermeiros no bloco Operatório.					
2 – Disponibilidade de outro pessoal técnico no bloco operatório.					
3 – Disponibilidade de camas.					
4 – Disponibilidade de tempo de bloco operatório.					
5 – Alteração na complexidade da casuística.					
6 – Disponibilidade de meios complementares de diagnóstico (exp. RM, TAC) ou de consultas.					
7 – Outra. Qual*?					
<p>*Caso considere que o conjunto de ideias expressas anteriormente não é suficiente para responder à questão colocada, escreva sucintamente a ideia adicional que pode complementar a sua opinião.</p>					
<p>Muito obrigada pela colaboração.</p> <p>Por favor devolva este questionário até 14 de Abril para 1971pedroreis@gmail.com</p>					

Exmos(as). Srs(as). Profs(as). Drs(as).

Mais uma vez, agradecemos a participação na resposta à primeira ronda do questionário de aplicação de Metodologia de DELPHI, no âmbito do desenvolvimento do trabalho de projecto sobre "*tempos de espera cirúrgicos: situação em Portugal e determinantes*" que estou a desenvolver para o Mestrado de Gestão da Saúde (ENSP) sob a orientação da Sra. Profª Doutora Ana Escoval.

Tal como informámos, enviamos agora a segunda ronda do mesmo questionário, o qual tem incluído as seguintes características diferenciadoras em relação ao da ronda anterior:

- É incluído na posição sete (7) a menção decorrente da "Questão Aberta" da Primeira Volta - *Disponibilidade de anestesiólogistas no Bloco Operatório*;
- São informadas as percentagens de consenso obtidas em cada uma das ideias na ronda anterior de forma a influenciar a resposta nesta ronda e assim "forçar" a atitude de consenso;
- É excluído o espaço para resposta aberta explicativa.

Agradecemos desde já a disponibilidade e colaboração na resposta a esta segunda ronda do questionário, a qual deverá ser realizada através da plataforma SurveyMonkey, até ao próximo dia 6 de Maio

cumprimentos;

Pedro Reis

**Assunto:** 4ª Ronda Questionário “tempos de espera cirúrgicos: situação em Portugal e determinantes

”Exmos(as). Srs(as). Profs(as). Drs(as).

Findas as primeiras três rondas do questionário, no âmbito do desenvolvimento do trabalho de projeto, que estou a desenvolver para o Mestrado de Gestão da Saúde (ENSP) sob a orientação da Sra. Profª Doutora Ana Escoval, venho convidá-lo a participar na 4ª e última ronda do painel de peritos que utilizará uma vez mais, a técnica Delphi.

Pretende-se que valorize de novo cada uma das determinantes, podendo a sua posição ser alterada em função da apreciação da posição do painel que agora é disponibilizada (% de consenso obtido na 3ª ronda), de forma a que se possam reconsiderar todas as respostas obtidas, pelo que a não desistência é fundamental para a viabilização da técnica.

Uma vez mais, agradecemos a disponibilidade e colaboração na resposta ao questionário, a qual deverá ser realizada através da plataforma SurveyMonkey, até ao próximo dia 25 de Maio.

<https://pt.surveymonkey.com/s/4rondatemposesperacirurgicos>

cordiais cumprimentos,

Pedro Reis